

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE – PROFIL INTERVENTION

PAR
MARIE-LYNE DONTIGNY

ÉVALUATION DES DIX PREMIÈRES RENCONTRES DE GROUPE DU
PROGRAMME DU CHCM POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT
UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

MAI 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le programme spécialisé pour clientèle avec un trouble de personnalité limite a vu le jour au Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie en l'an 2000, suite à la mise en place des nouvelles orientations régionales en santé mentale. Dans le cadre de cet essai doctoral, il est question d'effectuer un travail d'analyse et d'évaluation sur une partie de ce programme, soit la partie intervention de groupe, et plus spécifiquement sur les dix premières rencontres de la première année du programme. Bien que pour certains, cela puisse représenter un bien petit échantillon de la réalité, étant donné que le programme s'échelonne sur trois ans, il est important de préciser que la phase initiale d'un groupe est très déterminante de la façon dont celui-ci fonctionnera par la suite. Le but de ce projet est de nous permettre de voir l'impact du programme sur les participants au tout début de celui-ci et de voir si des modifications pourraient être apportées pour que, dans la réalité, cela réponde le plus possible aux besoins des participants. L'évaluation se fait donc durant les dix premières rencontres d'un groupe qui débute la première année du programme et ce, à partir de trois méthodes : de l'observation directe faite à l'intérieur même du groupe ; un questionnaire distribué aux participants à la fin des dix rencontres ; une entrevue avec les intervenants. De plus, ajoutons que l'analyse porte également sur les écarts entre les objectifs généraux du programme et son application. En fait, ces objectifs servent de « repères » à l'évaluation dans le sens qu'ils ne sont jamais perdus de vue. Suite à l'utilisation des trois méthodes présentées plus haut, nous faisons part au lecteur des résultats du processus d'évaluation, puis des réflexions effectuées suite à ces résultats. Nos réflexions portent principalement sur le nombre de participants dans le

groupe, sur l'effet du groupe en tant que tel ainsi que sur ce qui se déroule à l'intérieur de celui-ci, sur le contenu théorique qui est communiqué à l'intérieur du groupe et finalement, sur la perception des participants de leur évolution par rapport aux objectifs généraux du programme. Nous approfondissons également nos réflexions concernant le débat : « techniques spécifiques versus relation thérapeutique » par rapport à l'efficacité d'une thérapie.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre 1 :	
Développement du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL au CHCM.....	5
Historique.....	6
Fondements du modèle d'intervention retenu.....	8
Approche de Linehan : Théorie biosociale : Théorie dialectique du développement TPL.....	11
Vulnérabilité émotionnelle.....	12
Régulation des émotions.....	13
Environnement invalidant.....	14
Traitement.....	16
Approche de Young : Approche centrée sur les schémas.....	18
Les schémas et les modes.....	19
Traitement.....	22
Chapitre 2 :	
Fonctionnement du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL.....	26
La clientèle.....	27
Fonctionnement spécifique du programme.....	29
Thérapie de groupe.....	29
Thérapie individuelle.....	33
Consultation téléphonique.....	34
Médication.....	34
Gestion du programme.....	35
Chapitre 3 :	
Méthodes utilisées lors de l'évaluation du programme dans sa phase initiale...	36
L'évaluation.....	40
L'évaluation faite à partir de trois méthodes.....	41
Observations effectuées à l'intérieur du groupe.....	41
Observation directe : Observation participante.....	41
Utilisation des observations dans le groupe.....	43
Questionnaire.....	44

L'enquête par questionnaire.....	44
Utilisation du questionnaire dans le présent travail.....	45
Rencontre avec les intervenants.....	47
L'entrevue.....	47
Utilisation de l'entrevue dans le présent travail.....	48
Chapitre 4 :	
Résultats du processus d'évaluation.....	50
Données concernant les participants.....	52
Quelques caractéristiques du groupe.....	53
Participation au groupe.....	53
Âges des participants.....	54
Niveau d'instruction.....	55
Condition sociale, style et milieu de vie.....	56
Observations concernant les personnes qui quittent le groupe.....	57
Effet du groupe.....	59
Effet rassurant.....	60
Observations directes.....	60
Questionnaire.....	61
Entraide chez les participants.....	61
Observations directes.....	61
Questionnaire.....	62
Groupe servant comme auditoire.....	63
Observations directes.....	63
Le contenu théorique.....	64
Compréhension difficile du contenu.....	66
Observations directes.....	66
Questionnaire.....	67
Entrevue avec les intervenants.....	69
Façon de transmettre le contenu théorique.....	69
Observations directes.....	69
Entrevue avec les intervenants.....	71
Préoccupations des intervenants.....	71
Observations directes.....	71
Questionnaire.....	72
Événements se déroulant à l'intérieur du groupe (l'ici et maintenant).....	73
Place des participants dans le groupe.....	73
Observations directes.....	73
Entrevue avec les intervenants.....	75
Interventions faites par rapport à la dynamique des participants.....	76
Observations directes.....	76
Les objectifs généraux.....	78
Chapitre 5 :	
Discussion et commentaires découlant des observations et des réponses obtenues.....	83

Par rapport au nombre de participants dans le groupe.....	84
Par rapport à l'effet du groupe ainsi qu'à ce qui se déroule à l'intérieur de celui-ci.....	89
Par rapport au contenu théorique et aux objectifs généraux du programme.....	92
Conclusion.....	103
Références.....	107
Appendice A : Formulaire de consentement.....	110
Appendice B : Questionnaire aux participants.....	112
Appendice C : Questions de l'entrevue avec les intervenants.....	123
Appendice D : Copie du certificat d'éthique.....	126

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidée à réaliser cet essai doctoral en psychologie clinique.

Tout d'abord, je remercie M. René Marineau, mon directeur d'essai, avec qui j'ai eu un réel plaisir à travailler. Il m'a fourni de précieux conseils, depuis le moment où nous évoquions mon projet jusqu'à sa finalisation.

Je tiens également à remercier le Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie, plus particulièrement le site Ste-Thérèse, d'avoir accepté que je réalise ce projet d'essai à l'intérieur de leur établissement ainsi que Mme Suzie Hamel et Mme Michelle Bourassa pour leur disponibilité.

Je souhaite enfin remercier les participants du groupe qui ont accepté que j'assiste à la thérapie comme observatrice et qui ont bien voulu prendre le temps nécessaire pour répondre au questionnaire qui leur était destiné.

Introduction

Le travail auprès des personnes ayant un trouble de personnalité limite (TPL) est important, mais complexe. Au cours des dernières années, plusieurs programmes spécifiques ont été développés en regard de cette problématique et sont appliqués tant aux États-Unis qu'au Canada. Plus près de nous, différents milieux, dont le Faubourg St-Jean de Québec et le Centre Hospitalier Douglas de Montréal, offrent ce genre de traitement spécialisé. Dans la région, une équipe de professionnels a conçu un tel programme à la clinique externe pour adultes en psychiatrie du Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM). Ce programme, comme nous le verrons, comporte différents volets et s'échelonne sur trois ans. Il fonctionne depuis cinq ans, mais il n'a jamais été évalué officiellement et systématiquement par un consultant extérieur au programme.

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous effectuons un travail d'analyse et d'évaluation sur une partie de ce programme, soit la partie intervention de groupe, et plus spécifiquement sur les dix premières rencontres. Il est donc important de souligner, et c'est là une limite de ce travail, que nous consacrons nos réflexions sur cette seule partie. Toutefois, puisqu'il s'agit de « l'entrée » dans le programme pour les patients, cette première phase nous semble extrêmement importante dans la mesure où elle « donne le ton » à l'ensemble des interventions et permet le développement d'une relation d'alliance entre intervenants et participants. D'ailleurs, il semble que l'alliance

thérapeutique soit l'un des meilleurs critères pour prédire le succès d'un traitement psychologique (Martin, Garske, & Davis, 2000) et que la période idéale pour jeter les bases de cette alliance est le début du traitement, car nous savons qu'elle ne tendra pas à s'améliorer par la suite (Gros-Louis, 2003). En fait, c'est comme si la première « impression », en thérapie comme dans la vie, persiste facilement et longtemps, même si l'on fait de nombreux efforts pour la modifier. De plus, l'étape initiale d'un groupe représente un moment fondateur, un moment d'orientation et d'exploration pour les participants où se déterminent, et souvent se cristallisent, la structure du groupe, la manière d'accueillir l'information sur le fonctionnement de celui-ci et la place réservée à l'exploration des attentes des membres qui y participent (Corey, 2000). Le début d'un groupe est donc déterminant de la façon dont celui-ci évoluera au fil du temps. C'est pourquoi, tout en étant au clair avec les limites de cette recherche, nous pensons pouvoir identifier des éléments qui permettront d'en évaluer les forces et certains points qui pourraient donner lieu à quelques ajustements.

Notre intention est donc d'évaluer, à l'intérieur des limites déjà énoncées, le programme mis en œuvre au CHCM auprès des personnes identifiées comme présentant une problématique de trouble limite selon les critères du DSM-IV. Le plan de ce travail est le suivant. Un premier chapitre présente le programme développé par l'équipe de la clinique externe en psychiatrie du CHCM. Nous précisons le contexte dans lequel le programme s'est développé, les étapes de son développement, ainsi que le modèle d'intervention choisi. Un second chapitre fait état de son fonctionnement actuel, c'est-à-

dire la façon dont il est appliqué. Puis, nous présentons, au chapitre trois, les procédures que nous avons retenues pour évaluer les dix rencontres initiales de la partie thérapie de groupe (observations directes, questionnaire, entrevue). Dans le quatrième chapitre, nous faisons état du matériel que nous avons obtenu et plus particulièrement des réponses aux entrevues semi-structurées réalisées auprès des patients et des intervenants ainsi que des commentaires entendus au cours des dix premières séances ; il s'agit, en fait, du matériel de base sur lequel se fonde notre évaluation. Le chapitre cinquième fait état des réflexions et conclusions que nous tirons des diverses observations liées à la mise en marche du programme et d'énoncés de pistes potentielles de changement, si cela s'avérait indiqué. Soulignons que les conclusions auxquelles nous convions le lecteur sont intégrées aux connaissances psychologiques actuelles.

1^{er} Chapitre

Développement du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL au CHCM

Dans ce chapitre, nous expliquons brièvement la façon dont le programme spécialisé pour clientèle avec un trouble de personnalité limite (TPL) a été créé au Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM). Les personnes ayant développé ce programme se sont inspirées à des sources diverses : visite de milieux de thérapie, lectures, expérience des cliniciens en place. Ils ont, en outre, intégré deux visions théoriques, soit celle de Linehan (2000) ainsi que celle de Young (Cousineau, & Young, 1996), afin d'établir leur modèle d'intervention. Nous prenons le temps de résumer les théories de ces deux auteurs concernant le TPL, et les traitements qui les accompagnent puisque ces approches sont les pierres angulaires du programme retenu.

Historique

Le programme spécialisé pour clientèle avec un TPL a vu le jour au CHCM en l'an 2000, suite à la mise en place des nouvelles orientations régionales en santé mentale. Il faut toutefois dire que le développement de programmes axés sur des problématiques spécifiques fait partie d'un mouvement beaucoup plus large. C'est ainsi que l'on voit la mise en place de programmes pour les TOC (Trouble Obsessif-Compulsif), les TAG (Trouble d'Anxiété Généralisé), etc. Ce mouvement est aujourd'hui controversé, comme nous le verrons plus tard. Au CHCM, deux intervenants sont mandatés pour effectuer une recherche concernant la mise en place d'un

programme d'intervention auprès de la population atteinte de TPL. Leur démarche inclut le recensement de la littérature concernant les troubles de la personnalité, la visite de différents milieux offrant des programmes spécialisés, la présentation et la discussion d'un projet de programme pour TPL auprès de l'équipe soignante. Graduellement, le programme prend forme et finit par être instauré en clinique externe.

Avant que le programme ne soit implanté, les clients souffrant d'un TPL sont suivis en thérapie individuelle ou dans le cadre d'une thérapie de groupe non spécifique à un diagnostic précis. Des constatations sont faites : on note des résultats décevants ainsi que le fait que la clientèle avec un TPL est difficile à traiter. Différents intervenants manifestent alors leur besoin de perfectionner leur approche et de concerter leurs interventions. C'est dans ce but qu'un programme d'intervention plus structuré et coordonné est développé. De plus, Lecomte, Drouin, Savard, et Guillon (2004) soulignent que cette méthode thérapeutique plus structurée va dans le même sens que le groupe de travail de la Division 12 de l'APA qui recommande, pour les psychothérapeutes, une formation systématique aux traitements validés par des recherches empiriques (Chambless, & Hollon, 1998).

Donc, suite à une recherche dans la littérature sur le TPL, sur les différentes approches thérapeutiques pour les gens souffrant de ce trouble ainsi que sur le fait d'utiliser le groupe comme moyen thérapeutique, et suite à la visite de trois établissements où des programmes d'intervention spécialisés pour les TPL sont offerts

(Faubourg St-Jean de Québec, modèles de Sherbrooke et de Montréal, plus spécifiquement le CH Douglas), le programme de la clinique externe en psychiatrie du CHCM est développé (Hamel, & Larose, 2000).

Fondements du Modèle d'Intervention Retenu

Le modèle d'intervention privilégié du programme est fortement influencé par l'approche de Linehan (2000), approche qui s'adresse particulièrement à une clientèle plus sévère et moins fonctionnelle. D'ailleurs, les intervenants du programme mettent l'accent, dans un premier temps à tout le moins, sur le traitement des clients les moins fonctionnels, qui consultent régulièrement, et dont les services offerts ne semblent pas leur bénéficier. Donc, l'approche de Linehan a l'avantage de s'adresser à une clientèle semblable à celle ciblée par le programme. De plus, le choix de cette approche est renforcé par son faible taux d'abandon et par son efficacité reconnue. Les intervenants se disent conscients des reproches faits à cette approche concernant le caractère directif de celle-ci et concernant le fait qu'elle ne réussirait pas à améliorer le vécu dysphorique des individus. Par contre, pour eux, le caractère directif de la thérapie a l'avantage de structurer le traitement et d'offrir des objectifs thérapeutiques hiérarchisés qui visent les comportements les plus nuisibles pour les clients. De plus, l'accent sur la structure serait nécessaire surtout si on pense que la clientèle visée figure dans la moins fonctionnelle. Néanmoins, les intervenants croient que l'intégration de d'autres approches et que l'ajustement des interventions en fonction de la capacité de la clientèle locale peuvent

pallier à ces désavantages. Suite à ceci, il est décidé d'adopter l'approche intégrale de Linehan (2000) durant la première année (le programme ayant une durée de trois ans) pour ensuite incorporer des éléments d'une approche davantage psychodynamique s'il est jugé que les participants sont capables d'une introspection suffisante. Lorsque le programme est construit, il est question d'introduire l'approche de Masterson, celle-ci étant utilisée dans les milieux visités par les intervenants. Par après, il est décidé d'utiliser plutôt l'approche de Young (Cousineau, & Young, 1996), celle-ci étant davantage connue des intervenants et ceux-ci se disant plus à l'aise d'utiliser cette approche. À spécifier que l'approche de Young n'est pas complètement intégrée au programme, mais que les intervenants s'y intéressent de plus en plus.

Le choix d'une approche d'abord cognitive-comportementale repose sur la croyance qu'il faut, dans un premier temps, travailler sur l'aspect fonctionnel de la personne souffrant d'un TPL. En lui permettant de mieux s'intégrer à la société et de répondre davantage aux codes et attentes de celle-ci, on s'attend à ce que le bénéficiaire soit plus heureux et par là même, plus apte à modifier, en profondeur, ses comportements. Il y a donc centration sur le changement de comportements directement relié dans la perspective théorique choisie sur le fait que « comprendre son propre comportement » facilite la modification de celui-ci. Toutefois, disons d'entrée de jeu que l'on n'a pas ici une théorie sur comment cela se fait au niveau des apprentissages, mais que l'on prend pour acquis que, dans un premier temps, la transmission de l'information

sur la nature des comportements problématiques devient la pierre angulaire du programme (plus spécifiquement de la partie thérapie de groupe).

En plus du volet « intervention de groupe », le programme comprend un volet de thérapie individuelle. Cela est en accord avec l'approche de Linehan (2000) pour qui la thérapie individuelle est la partie principale de l'intervention et en accord également avec différents auteurs pour qui il est important d'intégrer un suivi individuel à l'approche de groupe (Macaskill, 1982 ; Horwitz, 1987 ; & Wong, 1980). Le suivi individuel se fait par les intervenants de groupe ainsi que par d'autres intervenants de la clinique et sa visée est de diffuser le transfert, de travailler en équipe et d'éviter que la charge soit trop lourde pour les intervenants de groupe. En d'autres mots, le programme vise un arrimage entre les deux lieux de thérapie, le lieu groupe étant la place privilégiée pour transmettre systématiquement certains contenus, le lieu individuel étant une place pour entendre l'individu dans son vécu quotidien. S'ajoute aussi la consultation téléphonique pour aider à résoudre les situations de crise. Cette option offre au client la possibilité de consulter au besoin son intervenant en thérapie individuelle afin de mieux gérer une crise ponctuelle qu'il pourrait vivre dans son milieu. Il s'agit bien d'interventions en situation de crise, ce qui fait qu'il n'y a que la crise qui est traitée au téléphone. De plus, ces interventions sont d'une durée de quinze minutes, toujours afin de structurer et d'encadrer celles-ci. La consultation téléphonique est là pour répondre assez rapidement aux besoins du client, n'exigeant pas de réserver un moment précis dans l'horaire de l'intervenant.

En résumé, le programme adhère à plusieurs éléments communs des autres programmes du même ordre, tels le Faubourg St-Jean de Québec ainsi que les modèles de Sherbrooke et de Montréal (CH Douglas). Il s'agit principalement de responsabiliser le client, de diffuser le transfert, de travailler les émotions ainsi que le domaine relationnel et les cognitions, d'appliquer un cadre thérapeutique conçu spécifiquement pour cette clientèle. Une attention particulière est également accordée à la qualité relationnelle entre les intervenants et les clients afin d'établir entre eux une relation de confiance et de collaboration (Hamel, & Larose, 2000).

*Approche de Linehan : Théorie Biosociale : Théorie Dialectique du Développement du
TPL*

Voici un résumé de ce que comprend le modèle de Linehan (2000) étant donné que celui-ci a grandement influencé les intervenants ayant développé le programme. Sommairement, Linehan décrit le TPL de cette façon : « Il s'agit essentiellement d'un trouble du système de régulation émotionnelle. La dysrégulation émotionnelle, en retour, est due à une forte vulnérabilité émotionnelle à laquelle s'ajoute une incapacité à réguler les émotions. » (Linehan, 2000, p.56). En principe, plus la vulnérabilité émotionnelle est grande, plus la personne a besoin d'une bonne capacité à réguler les émotions. Cependant, cette approche affirme que l'individu ayant un TPL souffre de ces deux difficultés et que celles-ci proviennent de prédispositions biologiques qui sont exacerbées par des expériences dans l'environnement.

Vulnérabilité Émotionnelle

Allons maintenant voir de plus près la façon dont Linehan (2000) explique ce qu'est la vulnérabilité émotionnelle qui, selon elle, comprend une forte sensibilité aux stimuli émotionnels, une intensité émotive et un retour très lent à l'état de base. Tout d'abord, il semble qu'une « forte sensibilité » fait référence à une personne qui réagit rapidement, car son seuil de réactivité émotive est bas. Cela signifie qu'un rien peut déclencher une émotion. Donc, des situations qui ne dérangent pas la moyenne des gens risquent de déranger une personne qui est vulnérable émotionnellement. Ensuite, Linehan explique que « l'intensité émotive » signifie que les réactions émotionnelles sont extrêmes et disproportionnées en regard de ce qu'une situation concrète demande. Par exemple, une personne qui ne présenterait pas de réactivité excessive pourrait ressentir une légère culpabilité suite à un sentiment d'avoir commis une faute. Pour un individu souffrant d'un TPL, cette culpabilité serait plutôt vécue par un sentiment de honte profond. De même, les individus intenses émotionnellement peuvent être idéalistes et tomber en amour très facilement. Linehan ajoute que plusieurs chercheurs ont trouvé que l'augmentation de la réaction émotive restreint l'attention de façon à ce que les stimuli associés aux émotions deviennent plus frappants et attirent davantage l'attention (Easterbrook, 1959 ; Bahricks, Fitts & Rankin, 1952 ; Bursill, 1958 ; Callaway & Stone, 1960 ; Cornsweet, 1969 ; McNamara & Fisch, 1964). Cela signifie donc que la surexcitabilité provoque un dérèglement cognitif et une « perception sélective ». Finalement, le lent retour à l'équilibre signifie que les émotions durent longtemps.

Précisons qu'avec des personnes mieux équilibrées, les émotions sont relativement brèves, durant de quelques secondes à quelques minutes. Dans le cas des personnes souffrant d'un TPL, les émotions se perpétuent par elles-mêmes à cause de la grande intensité des réponses émotives qui suscitent une attention sélective. Cela veut dire que l'individu porte une grande attention aux actions et situations qui s'accordent à l'émotion du moment et néglige d'autres aspects de l'expérience. C'est comme si le temps s'arrêtait et que la personne restait figée dans son expérience émotive.

Régulation des Émotions

Dans le programme spécialisé pour clientèle avec un trouble de personnalité limite (Hamel & Larose, 2000) il est question de deux chercheurs (John Gottman et Lynn Katz, 1990), qui affirment qu'il y a quatre habiletés de régulation des émotions. La première concerne l'inhibition de comportements inappropriés reliés aux fortes émotions, celles-ci étant soit négatives soit positives. Cela part du principe que le comportement inapproprié lié à l'humeur augmente directement l'émotivité en plus d'amener des conséquences qui, habituellement, suscitent d'autres émotions non désirées. Il y a donc une première habileté qui consiste à gérer, en quelque sorte, les comportements excessifs et extrêmes. La deuxième habileté concerne la régulation des réactions physiologiques associées à l'émotion. Cette habileté demande que la personne soit, d'une certaine façon, « maître de son corps ». La troisième, quant à elle, concerne la recentration de l'attention lors d'émotions intenses, c'est-à-dire que porter attention à un

stimulus positif peut renforcer ou maintenir une réaction émotionnelle positive de même qu'éloigner l'attention d'un stimulus négatif peut atténuer ou contenir une réaction émotionnelle négative. Cette habileté demande que l'on puisse focaliser sur ce qui est positif et savoir éloigner ce qui est négatif. Finalement, la quatrième habileté concerne l'organisation de soi pour parvenir à des actions coordonnées au service d'un but externe, non dépendant de l'humeur. Ici, c'est l'organisation totale de l'individu qui est au service d'une personne qui sait se fixer et atteindre des objectifs de vie stimulants et féconds.

Comme mentionné plus haut, les personnes souffrant d'un TPL ont une grande difficulté au niveau de la régulation des émotions en général : il leur manque les habiletés dont nous venons de parler. Cette constatation amène Linehan à proposer une thérapie où le point central se situe à ce niveau. Il s'agit donc, entre autres, d'enseigner ces quatre habiletés pour encourager une meilleure régulation des émotions.

Environnement Invalidant

Comme nous l'avons dit plus haut, Linehan affirme que le TPL provient de prédispositions biologiques qui sont exacerbées par des expériences négatives et douloureuses dans l'environnement. D'où le terme « environnement invalidant » qui signifie que les propriétés de l'environnement, ses attentes et ses demandes, ne sont pas en accord avec les propres capacités de l'enfant, ses caractéristiques et son style de

comportement. Donc, l'environnement invalidant faciliterait le développement du TPL.

Linehan ajoute que l'invalidation comporte deux caractéristiques essentielles :

Premièrement, elle transmet à l'individu qu'il a tort dans sa manière de décrire et d'analyser ses expériences, particulièrement lorsqu'il cherche à percevoir ce qui est la cause de ses émotions, de ses croyances et de ses actions. Deuxièmement, elle attribue les expériences vécues à des caractéristiques socialement inacceptables ou à des traits de personnalité. (Linehan, 2000, p.63).

En somme, les individus souffrant d'un TPL adoptent les caractéristiques de l'environnement invalidant. Ils invalident donc leurs expériences émotionnelles, regardent vers les autres pour obtenir des reflets appropriés de la réalité externe et sur-simplifient la facilité à résoudre des problèmes de vie. Les difficultés étant minimisées, ils se fixent des buts irréalistes, sont incapables d'utiliser la récompense au lieu de la punition pour renforcer les petites étapes accomplies vers un but final et développent la haine d'eux-mêmes lorsqu'ils échouent à atteindre leur but.

En résumé, la théorie de Linehan (2000) concernant le TPL parle d'un dérèglement émotionnel relié à une grande vulnérabilité émotionnelle et à une inhabileté à réguler les émotions. Cela proviendrait de prédispositions biologiques exacerbées par un environnement invalidant. Voici comment, à travers cette théorie biosociale, il est possible d'intervenir dans le traitement pour individus ayant un TPL.

Traitement

En ce qui concerne l'implication de la théorie de Linehan (2000) dans le traitement pour le TPL, il s'agit, comme mentionné plus haut, d'enseigner des habiletés qui concernent la régulation des émotions extrêmes et la diminution des comportements inadaptés et dépendants de l'humeur. Il s'agit également d'apprendre à faire confiance et à valider ses propres émotions, pensées, et activités, mais dans un contexte où il est primordial de développer des réactions appropriées à une situation donnée. Le thérapeute utilise donc l'entraînement aux habiletés et les stratégies de changement de comportement tout en validant les comportements acceptables et les capacités bien intégrées à la réalité.

Un autre point important à mentionner est que le but central de la thérapie n'est pas de guérir l'individu, mais d'atténuer les symptômes afin que la personne présentant un TPL puisse mieux s'adapter à son environnement. De plus, ajoutons que les thérapies de groupe ne poursuivent pas le même objectif premier que les thérapies individuelles dans l'approche dialectique. Dans les thérapies individuelles, l'objectif premier est d'utiliser la relation thérapeutique afin de créer des conditions favorables aux changements. En fait, dès le commencement, le thérapeute travaille à l'établissement d'une relation interpersonnelle forte et positive. Linehan (2000) exprime que : « ceci est essentiel, parce que la relation avec le thérapeute est souvent le seul renforçateur efficace avec une patiente état-limite qui cherche à gérer et changer son

comportement. » (p.116). Tandis que dans les thérapies de groupe, plus particulièrement celle que Linehan appelle « groupe d'entraînement aux compétences », l'accent est davantage mis sur l'apprentissage d'habiletés, selon un format psycho-éducatif, pour parvenir à ces changements.

Notons finalement qu'il y a place pour la médication dans le traitement étant donné que l'approche de Linehan est biosociale. Cependant, cette dernière suggère que ce ne soit pas le thérapeute principal qui gère la pharmacothérapie et ce, même si celui-ci est médecin ou infirmier. Selon elle : « le thérapeute, s'il est aussi prescripteur, est en position de pouvoir, et un tel rôle interfère avec sa capacité de travailler de manière collaborative avec la patiente sur le bon usage des médicaments. » (Linehan, 2000, p.557).

Ce qui est intéressant, pour nous ici, c'est le rôle de complémentarité entre le travail individuel et le travail de groupe tel que vu par Linehan. C'est comme si le lieu groupe, plus particulièrement celui se nommant « groupe d'entraînement aux compétences », était davantage un lieu d'enseignement alors que le lieu individuel est surtout un endroit pour le soutien psychologique. Si tel est le cas, il est important que la personne, présentant une dynamique de TPL, soit bien informée de la différence des milieux (individuel et groupe) et surtout que la perception de cette différence puisse être intégrée par le patient. Notons que dans son traitement, Linehan parle également d'un groupe de soutien optionnel qui peut s'offrir suite au groupe d'entraînement aux

compétences; il n'en est pas fait mention dans cet essai, car le programme que nous évaluons ne semble pas s'en être inspiré.

Approche de Young : Approche Centrée sur les Schémas

Les intervenants du CHCM, impliqués dans le programme offert aux personnes souffrant d'un TPL, disent accorder de plus en plus de place à l'approche de Young (Cousineau, & Young, 1996) à l'intérieur du modèle d'intervention. C'est pourquoi nous allons maintenant nous attarder un peu plus sur ce qu'est l'approche centrée sur les schémas.

Tout d'abord, soulignons que, tout comme Linehan (2000), Young (Cousineau, & Young, 1996) parle d'interactions entre des facteurs environnementaux et des facteurs biologiques pour expliquer le développement d'un TPL. Selon lui, les facteurs environnementaux sont familiaux, c'est-à-dire que la famille d'origine n'offre pas une sécurité de base à l'enfant, ce qui en fait un milieu peu sûr. Dans la famille, l'abus physique, sexuel, et/ou verbal risque d'être présent, ainsi que la menace d'explosion de colère ou de violence. Il y a aussi, habituellement, une carence majeure au niveau de l'affection maternelle. Le milieu est démesurément punitif, la critique et le rejet étant présents à la moindre faute ou erreur. Finalement, le milieu adopte de nombreuses règles et exige de l'enfant qu'il ne démontre pas ses sentiments et qu'il ne tienne pas compte de ses besoins. Une des conséquences à tout cela est que l'enfant en arrive rapidement à la

conclusion qu'il est mauvais, incompetent, et peu intéressant. De plus, Young ajoute que : « Ce type de milieu familial ne produirait cependant pas une personnalité limitée sans l'existence d'une prédisposition biologique à l'intensité et à la labilité émotionnelle (notion de tempérament). » (Cousineau, & Young, 1996, p.91). Il est alors question de ce que Linehan appelle la vulnérabilité émotionnelle et la difficulté à réguler les émotions.

Les Schémas et les Modes

Young (Cousineau, & Young, 1996) se distingue de Linehan (2000) en orientant son approche vers ce qu'il appelle des schémas et des modes. En fait, la théorie initiale de celui-ci insiste sur la présence de schémas précoces d'inadaptation et sur les processus de perpétuation de ces schémas, soit le maintien, l'évitement, et la compensation. Ces schémas sont des thèmes très envahissants pour un individu et ils déterminent des niveaux précoces et profonds de croyances, d'émotions et de souvenirs. Cependant, nous nous attarderons moins sur les schémas pour plutôt parler du concept de « mode » qui est plus récent dans la théorie de Young.

En fait, ce concept de « mode » prend de plus en plus d'importance et il tire son origine de l'intervention auprès de patients souffrant d'un TPL. Les cliniciens intervenant auprès de patients ayant un TPL observent régulièrement des changements abrupts d'humeur ou d'attitude d'une entrevue à l'autre, et parfois même, à l'intérieur de

la même entrevue. Le patient souffrant d'un TPL passe alors d'un mode de fonctionnement à un autre de façon abrupte et marquée. Un exemple pourrait être un patient qui passe du désespoir et des idées suicidaires, à la suite d'une dispute avec un ami, à la colère intense parce que son thérapeute refuse de prolonger une entrevue. Young appelle cela les différentes facettes du Soi qui sont définies comme étant des modes. Les modes forment des regroupements de schémas et des processus de perpétuation de schémas (styles d'adaptation). De plus, les différents modes du patient souffrant d'un TPL ne sont pas complètement intégrés les uns aux autres. Ils donnent plutôt l'impression de fonctionner de façon indépendante comme s'il s'agissait de personnalités différentes. Par contre, ces modes ne sont pas complètement dissociés les uns des autres. Chez l'individu souffrant d'un TPL, les modes ont une tendance à basculer rapidement de l'un à l'autre, et deux facteurs principaux en seraient responsables. Le premier facteur est lié à l'environnement dans le sens que des événements particuliers réactivent un mode. Par exemple, le départ en vacances du thérapeute soulèvera l'anxiété d'un mode qu'on appelle « l'enfant abandonné » (nous y reviendrons plus loin). Le deuxième facteur, quant à lui, serait lié à la dimension biologique qui reste difficile à évaluer pour le moment. Un exemple pourrait être que la fatigue physique amène de l'irritabilité et le passage à un mode qui est appelé « l'enfant en colère ».

Young observe cinq modes chez le patient ayant un TPL qui sont, comme nous venons de les nommer, « l'enfant abandonné », et « l'enfant en colère », mais aussi « le

parent punitif », « le protecteur détaché », et « le soi sain ». Sommairement, lorsqu'une personne se retrouve dans le mode de « l'enfant abandonné », elle exprime son incapacité à trouver réponse à ses besoins psychologiques fondamentaux comme l'affection et la stabilité relationnelle. Elle éprouve alors des sentiments importants de désarroi, de tristesse, et de solitude. En fait, la personne ne se sent pas aimée ou pas assez valable pour l'être, ce qui fait qu'elle déploie des efforts désespérés pour ne pas être abandonnée. Ensuite, lorsqu'une personne est sous le mode de « l'enfant en colère », elle exprime une colère historiquement légitime (si on fait référence au milieu familial d'origine), mais elle évalue mal le contexte actuel ou elle a recours à des stratégies comportementales dysfonctionnelles. Cela peut se manifester par de l'impulsivité, de l'insatisfaction, de la manipulation ainsi que par du contrôle. Dans le mode du « parent punitif », l'individu est très sévère envers lui-même. En fait, il s'agit de l'internalisation, par la personne, d'attitudes du ou des parents réels, particulièrement de leur colère envers celle-ci, lorsqu'elle était enfant. La colère internalisée est donc dirigée contre elle-même. Par exemple, chez la personne souffrant d'un TPL, le degré d'autopunition est très élevé, pouvant aller jusqu'à des gestes d'automutilation. Dans le mode du « protecteur détaché », l'individu se coupe de ses sentiments ainsi que de ses besoins afin de se protéger contre les émotions douloureuses en utilisant l'évitement de la réactivation des schémas. La personne peut alors avoir la sensation de fonctionner comme un robot en faisant les choses pour les faire, mais en ne ressentant rien.

Les différents objectifs généraux du traitement sont en fonction des différents modes que nous venons d'expliquer. En fait, l'objectif général de la thérapie est de réduire l'emprise des quatre modes inadaptés sur l'individu, et d'accroître l'influence du cinquième mode qui se nomme « le soi sain ». « Le soi sain » amène le respect, la disponibilité, l'affection, la compréhension ainsi que la protection permettant l'expression adéquate des besoins et des sentiments. Ajoutons que ce mode n'existe pas, ou très peu, chez beaucoup de patients atteints d'un TPL en début de traitement et que c'est le rôle du thérapeute, dans un premier temps, de jouer « l'adulte sain » auprès de son patient.

Traitement

Disons, tout d'abord, qu'il semble que l'approche de Linehan (2000) se soit montrée efficace surtout au niveau de la dimension comportementale du TPL, négligeant ainsi la dimension expérientielle. Cela veut dire que les patients se comporteraient mieux, mais sans se « sentir » nécessairement mieux. Young, quant à lui, intègre au niveau de l'intervention des techniques provenant de trois courants théoriques majeurs, soit, tout comme Linehan, le cognitif-comportemental, mais également l'approche psychodynamique et l'approche existentielle-humaniste.

Comme mentionné plus haut, les objectifs thérapeutiques varient selon les modes d'inadaptation utilisés par le patient. Par exemple, le thérapeute démontrera de

l'empathie pour « l'enfant abandonné », tout en offrant sa protection et son soutien dans l'apprentissage de la personne à donner de l'affection et à en recevoir. De même, le thérapeute encouragera le patient à lutter contre « le parent punitif » et à l'expulser de son univers intérieur, tout en le soutenant dans cette démarche. En ce qui concerne « l'enfant en colère », le thérapeute apprendra au patient à exprimer ses émotions et ses besoins de manière appropriée, tout en prenant soin d'en soulever la légitimité et en rappelant les droits fondamentaux de l'enfant. Finalement, le thérapeute aura pour but de rassurer, et par la suite, de remplacer « le protecteur détaché » pour qui la fonction est de protéger la personne contre des affects dysphoriques intenses, ceux-ci étant associés à des relations dysfonctionnelles antérieures. Cela signifie que, dans cette approche, l'attitude du thérapeute n'est pas neutre dans le sens qu'il joue le rôle d'un parent substitut qui démontrera de la chaleur et de l'empathie. Il est à noter que ces différentes attitudes, qu'adopte le thérapeute tout au long du traitement, proviennent d'une intégration des différentes Écoles de pensée nommées dans le paragraphe précédent.

Au niveau cognitif, il s'agit d'aider le patient à identifier ses schémas, dont nous avons brièvement parlé plus haut, ainsi que ses modes. Celui-ci devient alors habile à les reconnaître lorsqu'ils sont réactivés et il peut mettre en pratique des stratégies spécifiques élaborées, préalablement, en thérapie. Il y a également une éducation faite quant aux besoins et aux différents stades du développement de l'enfant. Au niveau plus comportemental, le thérapeute sert de guide au patient sur sa manière d'établir une relation significative avec une autre personne ainsi que sur sa façon d'exprimer sa

vulnérabilité. De plus, ajoutons qu'une partie importante de l'approche repose sur le travail fait avec « l'enfant intérieur ». Les schémas et les modes du patient ont été établis dans des contextes intenses sur le plan affectif, ce qui fait que la modification de ceux-ci nécessite une intervention impliquant le niveau affectif. Donc, pour Young, on ne transforme pas l'univers affectif uniquement par une intervention cognitive.

Finalement, Young parle également de prédispositions biologiques dans l'étiologie du TPL, mais n'aborde que très peu l'aspect de la médication dans le traitement des individus souffrant de ce trouble. Il souligne tout de même que la médication peut être suggérée lorsqu'il est question de travailler avec le mode du « protecteur détaché ». En fait, il souligne que la diminution de ce mode inadapté augmente le contact avec des émotions pénibles et que cela peut devenir une expérience anxiogène pour le patient. Il ajoute que « sur le plan biologique, l'utilisation d'une médication pour diminuer l'intensité des affects est envisagée. » (Cousineau, & Young, 1996, p.99).

Ayant présenté les fondements du modèle d'intervention du programme du CHCM, celui-ci étant fortement influencé par l'approche de Linehan (2000) ainsi que par celle de Young (Cousineau, & Young, 1996), voici maintenant son mode de fonctionnement.

Comme nous le verrons, la première année de la thérapie de groupe (étant donné que c'est sur cette partie du programme que nous nous intéressons pour cet essai) est surtout basée sur l'approche de Linehan (2000), plus spécifiquement en ce qui concerne son « groupe d'entraînement aux compétences ». Les deuxième et troisième années de la thérapie de groupe seraient beaucoup moins directives et laisseraient davantage d'espace pour tout ce qui concerne l'approche de Young (Cousineau, & Young, 1996).

2^{ème} Chapitre

Fonctionnement du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL

À partir des modèles dont il a été question dans le chapitre précédent et des recherches et réflexions de l'équipe du CHCM, les promoteurs ont développé un programme qui vise à traiter les individus ayant un diagnostic de TPL sévère. Ce programme poursuit six objectifs généraux à travers le traitement qui dure trois ans. Ces objectifs sont les suivants : acquérir une meilleure connaissance de soi ; optimiser le niveau de fonctionnement ; analyser, comprendre et modifier les réactions impulsives ; développer des stratégies pour mieux gérer les émotions et la détresse ; développer des relations personnelles plus harmonieuses ; améliorer la qualité de vie. Il s'agit donc d'objectifs complémentaires qui reflètent la personnalité typique d'une personne présentant un TPL. Le programme comprend trois façons d'intervenir à l'intérieur des trois années. Nous y retrouvons la thérapie de groupe, la thérapie individuelle, ainsi que de la consultation téléphonique qui est offerte pour les situations de crise (Hamel, & Larose, 2000). Pour décrire ce programme, nous allons l'aborder sous deux aspects, soit la clientèle y ayant accès et ensuite, son fonctionnement.

La Clientèle

Le programme s'adresse aux individus ayant 18 ans et plus et présentant un TPL qui a été confirmé par une évaluation psychiatrique (sur la base des critères du DSM-IV).

Ces individus doivent faire preuve de motivation à s'engager dans une thérapie prolongée pour pouvoir intégrer le programme complet. En fait, le programme est d'une durée de trois ans et les individus doivent accepter de participer à la thérapie individuelle ainsi qu'à la thérapie de groupe. Donc, si le patient décide de ne plus se présenter à l'une ou l'autre des activités (individuelle ou groupe), il est automatiquement exclu du programme au complet ou alors, il doit prendre une entente avec les intervenants.

De plus, plusieurs critères spécifiques d'inscription et d'exclusion ont été établis pour évaluer qui peut participer ou non, au programme. En ce qui concerne les critères d'inscription, la personne doit, tout d'abord, avoir été référée par un médecin. En second lieu, les personnes ayant un trouble de personnalité sévère ont la priorité. Les critères pour évaluer la sévérité sont les suivants : le nombre et l'intensité des critères diagnostiques, le nombre et la létalité des tentatives de suicide, les échecs des thérapies précédentes ainsi que le nombre et la durée des hospitalisations. Le troisième critère d'inscription touche aux capacités cognitives de la personne qui doivent être suffisantes pour comprendre les habiletés enseignées à l'intérieur du type de pédagogie utilisée. Ce critère n'est toutefois pas défini de façon plus précise. Le quatrième critère stipule que les participants doivent avoir une tolérance suffisante à la frustration ainsi qu'à la pression du groupe. En fait, on sous-entend ici que les participants doivent pouvoir fonctionner minimalement dans un groupe de thérapie.

En ce qui concerne les critères d'exclusion, il est question de ne pas accepter les personnes ayant une déficience intellectuelle, ce qui est le corollaire du troisième critère d'acceptation. De plus, comme nous venons de le mentionner, ne sont pas acceptés ceux ayant une intolérance sévère à la frustration et à la pression du groupe. Différentes échelles cliniques sont utilisées pour évaluer ce second critère d'exclusion. En outre, quand ils procèdent à la sélection, les thérapeutes administrent une échelle évaluant la colère, l'agressivité verbale et physique ainsi qu'une échelle évaluant le taux d'anxiété. Le dernier critère d'exclusion vise les personnes ayant une désorganisation de la pensée, à moins que celle-ci ne soit que temporaire (Hamel, & Larose, 2000).

Fonctionnement Spécifique du Programme

Thérapie de Groupe

Les thérapies de groupe prennent place à chacune des trois années du programme. Le format est le suivant. Au mois de septembre, on accepte de six à onze participants afin de former un groupe homogène et semi-ouvert. Il est possible d'intégrer de nouveaux membres peu après le commencement du groupe ainsi qu'au retour de la période des Fêtes (au mois de janvier).

Les thérapies ont lieu une fois par semaine et sont d'une durée de quatre-vingt-dix minutes avec une pause de dix minutes. Chaque année, trente rencontres sont

prévues, c'est-à-dire quinze séances avant les Fêtes, et quinze après. Ajoutons que deux thérapeutes se partagent l'animation du groupe.

Lors de la première année, les participants doivent se fixer un objectif spécifique à atteindre dans le cadre de la thérapie de groupe. Par exemple, un participant pourrait décider que son objectif est de parler davantage des émotions qu'il vit à l'intérieur du groupe. Cet objectif, identifié par le participant, est partagé avec le groupe et une discussion concernant l'atteinte de celui-ci est faite deux fois durant l'année. En ce qui concerne la deuxième et la troisième année, il n'y a pas de procédures précises établies dans le programme, par rapport à l'atteinte d'un objectif spécifique de la part des participants.

En ce qui a trait au déroulement d'une séance, cela se fait différemment d'une année à l'autre. Lors de la première année, les séances débutent par l'accueil des participants, par un bref retour sur la séance précédente ainsi que par la présentation du déroulement de la séance présente. Ensuite, un enseignement théorique est fait, enseignement qui intègre la participation des clients, et des expérimentations en groupe peuvent être également suggérées, si cela est possible en regard du temps et du contenu. Finalement, un retour est fait sur la séance qui vient de prendre place et, si cela est prévu, on explique un devoir à faire durant la semaine.

Par ailleurs, en ce qui concerne les deux autres années, les séances débutent également par l'accueil des participants. Il est ensuite question de verbalisations concernant le vécu problématique des participants ainsi que d'échanges et d'interventions par rapport au vécu de chacun. Finalement, il y a un retour sur la séance qui vient d'avoir lieu.

Le contenu théorique, pour la première année, est divisé en différents modules. Il est question, dans un premier module, de faire une introduction sur ce qu'est le TPL. Ensuite, les modules se divisent de la façon suivante : les distorsions cognitives, les mécanismes de défense, la centration, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse ainsi que les concepts de modes et schémas. On retrouve donc, dans ces contenus, des éléments qui proviennent de l'approche de Linehan (2000) et de l'approche de Young (Cousineau, & Young, 1996). Par ailleurs, deux rencontres sont prévues, en décembre et à la fin de la première année (en mai), dans le but de résumer les apprentissages véhiculés dans les mois précédents et de vérifier l'atteinte des objectifs. Les médiums, qui peuvent être utilisés lors de la première année, concernent des interventions psycho-éducatives, des échanges, des activités d'auto-analyse, des mises en situation portant sur des événements réels ou fictifs, des expérimentations de moyens, ainsi que des méthodes projectives (Hamel, & Larose, 2000).

Ajoutons que la philosophie des intervenants, lorsqu'il est question de la première année de cette thérapie de groupe, suit celle de Linehan lorsqu'elle parle de son

« groupe d'entraînement aux compétences » à l'intérieur de son traitement. En fait, selon Linehan, pour ce groupe spécifique, très peu d'attention directe est donnée aux processus qui se déroulent durant les séances, c'est-à-dire que le processus de groupe n'est pas utilisé comme véhicule de changement. Ce choix est également prôné par les intervenants appliquant le programme, ce sur quoi nous reviendrons plus tard, à l'intérieur de nos réflexions. Donc, la philosophie de ce type de groupe est qu'il va être aidant pour les patients de leur présenter et de leur enseigner du contenu théorique afin qu'ils comprennent davantage leur façon de fonctionner. Le postulat ici est à l'effet qu'une meilleure compréhension de la dynamique du TPL produit des changements. D'ailleurs, le programme de la première année, particulièrement en ce qui concerne la thérapie de groupe, infère que, pour être productif, il faut qu'il y ait des apprentissages et que ceux-ci se fondent d'abord sur des notions. Alors, à partir des thèmes nommés plus haut, des notions théoriques comme l'idéalisation, le clivage, la projection, le retrait apathique (mécanismes de défense) ainsi que l'abstraction sélective, l'inférence arbitraire et la personnalisation (distorsions cognitives) sont enseignées aux participants du groupe.

Toutefois, en ce qui concerne la deuxième et la troisième année, le contenu théorique serait de moins en moins structuré et davantage adapté aux participants dans le sens qu'ils pourraient eux-mêmes apporter leur contenu. Cependant, il est tout de même prévu d'aborder les thèmes reliés aux relations interpersonnelles ainsi que tout ce qui a trait à l'estime de soi. Les médiums utilisés concernent, avant tout, des interventions

verbales, mais des techniques de psychodrame et d'impact peuvent également être utilisées au besoin (Hamel, & Larose, 2000).

Finalement, soulignons que le contenu théorique prévu peut être modifié au cours des années, car les intervenants se tiennent à l'affût des nouveautés concernant le matériel qui peut être aidant pour le traitement du TPL. Nous pouvons d'ailleurs supposer que c'est la raison pour laquelle les mécanismes de défense font partie du contenu de la première année de l'intervention de groupe, bien que ces notions ne proviennent pas de l'approche de Linehan (2000), mais plutôt du courant psychanalytique.

Thérapie Individuelle

Les thérapies individuelles prennent place également à l'intérieur de chacune des trois années du programme. Le format utilisé est le même pour le déroulement du programme au complet. En somme, la durée des rencontres est de cinquante minutes à raison d'une fois par deux semaines. Le contenu des thérapies pour les trois années est surtout axé sur le « ici et maintenant » ainsi que sur l'intégration des stratégies apprises dans la thérapie de groupe. De plus, le contenu demeure en accord avec la gradation des objectifs fixés par le participant ainsi que par l'intervenant. Finalement, des rencontres de bilan ont lieu deux fois durant chaque année où le client et le thérapeute font un

retour concernant l'atteinte des objectifs globaux, des objectifs spécifiques et de l'évolution de la relation thérapeutique (Hamel, & Larose, 2000).

Consultation Téléphonique

Comme nous l'avons déjà mentionné, la consultation téléphonique est également offerte à l'intérieur du programme pour aider à résoudre les situations de crise. Cette option offre au client la possibilité de consulter au besoin son intervenant en thérapie individuelle afin de mieux gérer la crise qu'il vit. Soulignons que ces interventions sont d'une durée de quinze minutes et cela afin de structurer et d'encadrer celles-ci. La consultation téléphonique est là pour répondre assez rapidement aux besoins du client, n'exigeant pas de réserver un moment précis dans l'horaire de l'intervenant (Hamel, & Larose, 2000).

Médication

La responsabilité médicale des participants appartient au médecin traitant. C'est donc à lui que revient le rôle de prescripteur et de consultant au niveau de la médication. De ce fait, les intervenants du programme, peu importe le titre qu'ils occupent, ne devraient pas exercer la fonction de prescripteur de médicaments, si ce n'est de travailler avec le patient sur l'importance du bon usage de sa médication (Hamel, & Larose, 2000).

Gestion du Programme

Chaque semaine, l'équipe soignante se rencontre à l'intérieur de réunions multidisciplinaires (psychologues, ergothérapeutes, infirmières, etc.). En fait, il s'agit de rencontres aux cours desquelles les différents intervenants qui appliquent le programme (thérapies individuelles et de groupe) partagent leur point de vue sur l'évolution des participants. Il est important de rappeler qu'il y a plusieurs thérapeutes désignés pour les suivis individuels et que les thérapeutes de groupe peuvent aussi assurer quelques-uns de ces suivis avec un certain nombre de participants au programme (Hamel, & Larose, 2000).

Maintenant que le fonctionnement du programme pour patients souffrant d'un TPL offert au CHCM a été présenté, le prochain chapitre se consacre à la présentation des procédures que nous avons retenues pour évaluer les dix rencontres initiales de la thérapie de groupe.

3^{ème} Chapitre

Méthodes utilisées lors de l'évaluation du programme dans sa phase initiale

L'intention de cet essai est d'effectuer une évaluation partielle du programme spécialisé pour individus ayant un diagnostic de TPL, programme qui se donne à la clinique externe en psychiatrie du CHCM, plus particulièrement en ce qui concerne la thérapie de groupe. Le but de ce projet est d'évaluer l'impact du programme sur les participants au tout début de celui-ci et de voir si des modifications pourraient être apportées pour que, dans la réalité, cela réponde le plus possible aux besoins des participants. L'évaluation s'effectue durant le commencement d'un groupe car, comme nous l'avons déjà mentionné, il s'agit d'un moment déterminant de la façon dont celui-ci fonctionnera ensuite. D'ailleurs, Corey (2000) souligne que plusieurs événements caractérisent bien cette étape initiale du groupe et en voici quelques-uns :

- Les participants testent l'atmosphère et font connaissance (« adhésion à un contrat » implicite ou explicite).
- Les membres apprennent les normes et ce qui est exigé, ils apprennent comment le groupe fonctionne, et ils apprennent comment participer dans un groupe.
- La confiance et la cohésion du groupe sont graduellement établies si les membres sont disposés à exprimer ce qu'ils pensent ainsi que leurs sentiments. (traduction libre) (Corey, 2000, p.104).

Donc, plus spécifiquement, il est question d'observer la façon dont le programme se donne dans la pratique. Cela afin d'évaluer, en premier lieu, l'écart entre le programme théorique et l'application de celui-ci dans la réalité, et en deuxième lieu, le vécu des participants par rapport à leur expérience dans le programme.

Avant d'aller plus loin, notons qu'il existe différentes façons d'effectuer une évaluation de programme. Selon Gaudreau (2001), la démarche générale d'une évaluation de programme ou d'un projet se divise en trois grandes phases selon le moment de la réalisation : avant (la préparation), pendant (l'action) et après (le suivi) la prise d'informations sur ce qui est évalué. La phase de la préparation consiste à rédiger le plan d'évaluation, à produire les instruments nécessaires pour appliquer les techniques prévues, ainsi qu'à établir les règles d'éthique. Ensuite, la phase de l'action comprend la collecte des données, l'analyse et l'interprétation de ces données, ainsi que la formulation du jugement et des recommandations. Finalement, la phase du suivi consiste à rédiger un rapport, à réinvestir les résultats et à faire un retour sur l'évaluation.

Pour cet essai, étant donné qu'il s'agit d'une évaluation partielle se concentrant sur les dix premières rencontres de la partie thérapie de groupe d'un programme s'échelonnant sur trois ans, ces trois phases principales n'ont pas été appliquées de façon systématique. De ce fait, le plan d'évaluation n'a pas été construit de façon formelle et détaillée, mais nous avons ressorti quelques éléments pertinents dont l'objet de l'évaluation qui est d'évaluer l'efficacité du programme au début de celui-ci ainsi que la méthodologie utilisée. De plus, les instruments nécessaires à l'évaluation ont été construits et les règles d'éthique ont été établies à l'intérieur d'un formulaire de consentement (voir Appendice A).

Ensuite, la collecte des données, qui consiste à appliquer les instruments d'évaluation, a été effectuée ainsi que l'analyse de ces données que nous avons regroupées par thèmes au quatrième chapitre. En ce qui a trait à la formulation du jugement et des recommandations, étant donné qu'il s'agit d'une évaluation partielle, nous avons décidé de nous en tenir à une discussion ainsi qu'à des commentaires découlant des données obtenues suite à l'application des instruments et en se référant aux connaissances psychologiques actuelles.

Finalement, l'essai en tant que tel est considéré comme étant le rapport de l'évaluation partielle et nous avons décidé d'omettre les deux dernières étapes de la dernière grande phase, c'est-à-dire le réinvestissement des résultats ainsi que le retour sur l'évaluation étant donné qu'il s'agit bien d'une évaluation partielle et non d'une évaluation complète du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL.

L'évaluation se fait durant les dix premières rencontres d'un groupe qui débute la première année du programme. Celle-ci s'effectue à partir de trois méthodes : des observations faites à l'intérieur même du groupe ; un questionnaire distribué aux participants à la fin des dix rencontres ; une entrevue avec les intervenants. À l'intérieur de ce chapitre, nous vous présentons plus en détails les trois méthodes (instruments) d'évaluation utilisées.

L'Évaluation

Disons tout d'abord que l'analyse porte sur les écarts entre les objectifs généraux du programme et son application. En fait, ces objectifs servent de « repères » à l'évaluation dans le sens qu'ils ne sont jamais perdus de vue. Cependant, il est important de spécifier que l'accent n'est pas porté sur l'observation de l'atteinte des objectifs ou non, étant donné que l'essai porte sur les dix premières rencontres de groupe de la première année du programme. Il s'agit plutôt d'observer l'application générale du programme, de noter le contenu présenté et de faire un retour sur les objectifs poursuivis. Comme nous l'avons déjà mentionné, les objectifs généraux du programme sont les suivants : acquérir une meilleure connaissance de soi ; optimiser le niveau de fonctionnement ; analyser, comprendre et modifier les réactions impulsives ; développer des stratégies pour mieux gérer les émotions et la détresse ; développer des relations personnelles plus harmonieuses ; améliorer la qualité de vie. À noter qu'il n'est pas question des objectifs spécifiques qui se retrouvent, de toute façon, à l'intérieur des objectifs généraux. Par exemple, l'objectif spécifique qui est de diminuer la fréquence des comportements suicidaires se retrouve dans plusieurs objectifs généraux mentionnés plus haut.

L'Évaluation Faite à Partir de Trois Méthodes

Observations Effectuées à l'Intérieur du Groupe

Observation Directe : Observation Participante

L'auteur participe en tant qu'observateur durant dix rencontres. Les observations s'effectuent à l'intérieur du même local où la thérapie se donne, mais en retrait du groupe. Il s'agit ici d'une méthode d'observation directe, plus précisément appelée « observation participante ». En fait, Pourtois et Desmet (1988) affirment que l'observation directe peut se définir par deux types d'approches complémentaires. Une, plus objective, où il est question de décrire les composantes de la situation analysée afin d'élaborer des typologies. La deuxième approche, et c'est davantage celle qui nous intéresse, peut se qualifier d'observation participante. Il n'est plus uniquement question de l'aspect descriptif, mais il s'agit également de découvrir le sens, la dynamique et les processus des actes et des événements. L'observateur est alors intégré à la vie des acteurs concernés par l'étude et il recherche le plus d'informations possibles sur cette situation particulière. Ajoutons que le but de l'observation directe est de fournir une vue la plus complète possible de la « réalité ».

De plus, selon Evertson et Green (1986), l'observation participante peut prendre une forme plus active ou plus passive selon le niveau d'implication de l'observateur.

Pour cet essai, nous utilisons l'observation participante passive qui « (...) signifie que l'observateur ne participe pas aux événements du milieu, mais y assiste de l'extérieur. » (traduction libre) (Evertson, & Green, 1986, p.178). Tandis que dans une forme plus active, ces auteurs affirment que l'observateur devient impliqué dans les événements et prend note de ceux-ci après qu'ils aient eu lieu.

L'enregistrement des observations se fait de façon écrite, c'est-à-dire que l'observateur prend en note les différents éléments observés au cours de chaque rencontre. Il s'agit de rapporter textuellement les propos des acteurs observés (dans ce cas-ci, nous parlons des participants au groupe ainsi que des intervenants) sous forme de verbatim. De plus, tout ce qui arrive à la conscience de l'observateur est écrit.

Nous sommes conscients que cette méthode d'observation comporte des limites. Pourtois et Desmet (1988) disent que : « L'une des critiques essentielles émises à l'égard de l'observation participante est qu'elle est une méthode qui ne présente pas de critère absolu de scientificité. » (p.125). C'est ici la fiabilité des résultats qui est mise en cause, car il est question de tenir compte de la subjectivité de l'observateur, ce qui pourrait biaiser les analyses. Par contre, nous croyons qu'en ayant conscience de cette limite et qu'en analysant les impressions subjectives de l'observateur, nous pouvons en arriver à des résultats plus pertinents que si nous ne prenons pas en considération l'existence de cet observateur. Ajoutons également que cette méthode d'observation a l'avantage d'être particulièrement susceptible de garantir une bonne crédibilité grâce à la proximité des

sources (Pourtois, & Desmet, 1988). De plus, pour ce travail, les observations ressorties sont appuyées par des écrits de recherche, toujours afin d'augmenter la fiabilité des résultats.

Utilisation des Observations dans le Groupe

Au cours d'une séance typique, les participants du groupe ainsi que les intervenants s'assoient en rond. Des feuilles, expliquant le contenu théorique de la rencontre, sont habituellement distribuées aux participants. Un tableau, installé sur un mur, est également à la disposition des intervenants pour les aider à expliquer le contenu théorique.

Lors de la première rencontre, une présentation est faite de l'observateur ainsi que du projet et une signature d'un formulaire de consentement est demandée aux participants (voir Appendice A). Les observations effectuées par l'observateur se concentrent tant sur le contenu du programme que sur la dynamique du groupe, c'est-à-dire sur la façon dont les participants réagissent au contenu du programme, sur la façon dont les participants interagissent entre eux et avec les intervenants ainsi que sur la façon dont les intervenants interagissent avec les participants. À noter que cela inclut la manière dont les intervenants communiquent le contenu aux participants, ce qui se dit à l'intérieur du groupe et également, tout ce qui fait référence à la communication non-

verbale. Donc, de façon générale, il est question d'observer le fonctionnement du groupe.

Questionnaire

L'Enquête par Questionnaire

Selon Pourtois et Desmet (1988) : « L'enquête par questionnaire est un instrument de prise de l'information, basé sur l'observation et l'analyse de réponses à une série de questions posées. » (p.157). Utilisée seule, l'observation directe peut ne pas être suffisante. En fait, cette méthode est souvent complétée par le questionnement des acteurs afin d'en apprendre davantage sur le sens qu'ils donnent à leurs actes et comportements (Pourtois, & Desmet, 1988). Le questionnement peut se faire soit par écrit, à l'aide d'un questionnaire, ou de façon orale, sous la forme d'une entrevue ; nous reviendrons plus loin sur cette dernière méthode.

L'utilisation du questionnaire comporte plusieurs avantages. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette méthode peut être un bon complément à l'observation directe lorsqu'on veut savoir la signification que revêt pour l'acteur le phénomène observé. Il s'agit également d'une bonne façon d'investiguer les comportements plus intimes des individus. Cependant, l'utilisation de cette méthode comporte plusieurs risques de distorsions. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence et ce, à tous les

niveaux, c'est-à-dire lors de l'élaboration du questionnaire, lors de la passation, lors de l'analyse ainsi que lors de l'interprétation des résultats. De plus, d'autres limites, comme la véracité des réponses données par les acteurs ainsi que la façon dont les acteurs comprennent le sens des questions, sont présentes lorsqu'on utilise le questionnaire et il est important d'en avoir conscience (Pourtois, & Desmet, 1988).

Utilisation du Questionnaire dans le Présent Travail

À la fin des dix rencontres observées, un questionnaire est remis aux participants dans le but général d'avoir leurs opinions concernant le programme et ce, en fonction de trois aspects plus spécifiques.

Le premier aspect se concentre sur l'opinion des participants par rapport aux objectifs généraux du programme. Chaque objectif leur est alors mentionné et les participants doivent dire s'il y a eu évolution ou non par rapport à la perception qu'ils ont de leurs progrès. Pour définir les objectifs, nous avons utilisé les mêmes termes que nous retrouvons à l'intérieur du programme afin d'éliminer les risques de déformer le sens et la signification de ceux-ci.

Le deuxième aspect, quant à lui, se concentre sur l'évaluation des acquis afin de voir ce qui a été retenu de la part des participants par rapport au contenu théorique. Il est donc question de soulever quelques éléments du contenu qui a été communiqué lors des

dix premières rencontres et de questionner les participants sur ce qu'ils ont appris par rapport à cela. Par exemple, dans un premier temps, nous demandons aux participants s'ils sont d'accord avec le fait d'avoir appris ce qu'est une « distorsion cognitive ». Dans un deuxième temps, nous leur demandons d'écrire ce qu'ils ont retenu à ce sujet. Nous pouvons alors évaluer les apprentissages réels. Encore une fois, nous avons eu le souci d'utiliser les mêmes termes que l'on retrouve à l'intérieur du programme, toujours afin de tenter d'éliminer toutes distorsions possibles.

Finalement, le troisième aspect est consacré à recueillir l'opinion des participants par rapport à ce qui a été observé dans le groupe. Il s'agit alors d'énumérer des affirmations et les participants doivent dire s'ils sont d'accord ou non avec celles-ci. Voici l'exemple d'une affirmation : « Le fait d'être dans un groupe réunissant des individus présentant la même problématique que moi me permet de me comparer aux autres et de me rassurer en me reconnaissant chez les autres, confirmant ainsi que je ne suis pas seul. » (Partie 3 du questionnaire, 1^{ère} question). Il s'agit alors d'une forme de validation pour l'observateur qui va vérifier, auprès des participants, si ce qu'il a observé fait du sens ou non pour eux.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le questionnaire est remis aux participants du groupe au terme des dix premières rencontres. Les sept participants ayant été présents à au moins sept rencontres sur dix sont vus dans une salle prévue à cet effet. Chacun d'eux répond au questionnaire de façon individuelle, c'est-à-dire qu'ils ne

peuvent se consulter entre eux. Un observateur est présent tout au long de cette démarche pour s'assurer du bon fonctionnement et pour répondre aux questions des participants sur la signification et le sens des questions.

La construction du questionnaire s'est faite en tenant compte de notre visée et les trois aspects de celui-ci poursuivent le même but, c'est-à-dire d'évaluer si la façon dont s'appliquent les dix premières rencontres de groupe dans la réalité est efficace ou non. Une copie intégrale du questionnaire se retrouve en Appendice B.

Rencontre avec les Intervenants

L'Entrevue

La troisième méthode de l'évaluation est faite sous la forme d'une entrevue avec les deux intervenants du groupe. L'entrevue, tout comme l'utilisation du questionnaire, peut contribuer à contrer certains biais propres à l'observation directe, particulièrement en ce qui concerne l'observation participante. Werner et Schoepfle (1987) ajoutent que l'entrevue permet à l'observateur participant de confronter sa perception de la « signification » attribuée aux événements par les sujets à celle que les sujets expriment eux-mêmes.

L'entrevue peut prendre différentes formes et il existe plusieurs façons de décrire et de classer les divers types d'entrevues. Powney et Watts (1987) suggèrent deux catégories : l'entrevue axée sur la réponse ; l'entrevue axée sur l'information. Celle que nous utilisons pour cet essai est l'entrevue axée sur la réponse qui se caractérise par le fait que celui qui dirige l'entrevue conserve un contrôle tout au long de la rencontre. Il s'agit d'une entrevue structurée ou semi-structurée qui répond à un plan établi à l'avance. Cette catégorie se distingue de l'entrevue axée sur l'information où c'est plutôt celui qui est interviewé qui impose le degré de structuration. Donc, dans le cas présent, l'intervieweur a déjà préparé les questions en fonction de la visée de cet essai, questions qu'il posera aux deux intervenants qui appliquent le programme.

Utilisation de l'Entrevue dans le Présent Travail

Au terme des dix premières séances de groupe, une rencontre est organisée avec les intervenants afin de connaître l'évaluation qu'ils font eux-mêmes de l'application du programme, plus particulièrement en ce qui concerne la partie thérapie de groupe. Pour ce faire, nous abordons la vision des intervenants par rapport au contenu et à la gestion du programme, leur conception de l'aspect thérapie de groupe ainsi que leurs réactions à certaines observations que nous avons notées.

Il s'agit d'une rencontre dont le but est de recueillir les opinions des intervenants, par écrit, en lien avec les questionnements que nous avons par rapport au

fonctionnement du programme et aux observations recueillies suite aux dix rencontres de groupe. Voici l'exemple d'une de ces questions : « Ressentez-vous un besoin de parler, venant des participants, qui serait plus important que chez les participants étant à la deuxième et troisième année du programme? » (Sixième question de l'entrevue). L'ensemble des questions qui sont posées aux intervenants se retrouve en Appendice C.

Ceci résume les trois méthodes utilisées afin d'évaluer les dix premières rencontres de la thérapie de groupe qui font partie du programme spécialisé pour clientèle avec un TPL. Le chapitre suivant fait part de ce qui est ressorti suite à l'application de ces méthodes.

4^{ème} Chapitre

Résultats du processus d'évaluation

Voici maintenant le matériel qui est ressorti suite à l'application des trois méthodes d'évaluation présentées dans le chapitre précédent. Rappelons qu'il s'agit d'évaluer l'application du programme sur un groupe qui débute la première année de celui-ci. Les individus formant le groupe sont des personnes ayant été diagnostiquées TPL sévères et à qui le programme a été suggéré. Ces participants sont également suivis en thérapie individuelle par un des intervenants du groupe ou par un autre thérapeute qui travaille également à l'intérieur du programme.

Nous présentons nos observations sous cinq thèmes différents. Dans un premier temps, nous présentons des informations sur le nombre de participants aux rencontres ainsi que sur des données qui caractérisent les individus faisant partie du groupe. Ensuite, il est question du matériel émanant de l'effet du groupe en tant que tel. Il est, par la suite, plus particulièrement question du contenu théorique puis de certains événements observés se déroulant à l'intérieur du groupe. Finalement, nous présentons les réponses des participants en ce qui touche leur évolution par rapport aux objectifs généraux du programme.

La procédure, à l'intérieur de ces thèmes, sauf en ce qui concerne les données concernant les participants et l'évolution des participants par rapport aux objectifs généraux, se présente comme suit. Il est question, dans un premier temps, d'apporter des constatations découlant des trois méthodes d'évaluation et qui se rapportent au thème présenté. Ensuite, afin d'appuyer chaque constatation, nous vous présentons du matériel qui provient, en premier lieu, des observations effectuées à l'intérieur du groupe. En deuxième lieu, nous vous présentons du matériel provenant des questionnaires remplis par les participants, ainsi que du matériel découlant de l'entrevue avec les intervenants, si cela s'avère pertinent pour appuyer la constatation présentée. Notons également que le questionnaire était destiné aux sept participants ayant été présents à au moins sept rencontres sur dix, mais que certains ont parfois omis de répondre à certaines questions. C'est pourquoi le nombre de répondants peut varier entre cinq et sept lorsque nous vous faisons part des résultats obtenus. Finalement, soulignons que le genre masculin est utilisé lorsque nous parlons des participants et des intervenants du groupe, cela dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Données Concernant les Participants

Comme nous l'avons déjà mentionné, le groupe est semi-ouvert. Cela a eu pour effet que treize personnes différentes ont participé aux dix premières rencontres. Le Tableau I indique le détail des présences.

Tableau I

Nombre de participants par rencontre divisé par le sexe de ceux-ci

Rencontre numéro :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de participants	9	9	7	6	8	7	7	4	6	7
Hommes	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1
Femmes	8	7	5	4	6	6	6	2	4	6

Quelques Caractéristiques du Groupe

Participation au Groupe

- 1) Sept participants au programme (cinq femmes, deux hommes) sur les treize inscrits à un moment ou à un autre ont été présents à au moins sept rencontres sur dix et nous qualifions ces participants comme étant le « noyau » du groupe.
- 2) Les cinq femmes faisant partie du « noyau » sont présentes dès la première rencontre de groupe.

- 3) Parmi les deux hommes faisant partie du « noyau », un est présent dès la première rencontre et le deuxième arrive à la rencontre suivante. Spécifions qu'il s'agit, en fait, des deux seuls hommes ayant participé au groupe.
- 4) À l'intérieur du « noyau », une personne sur sept a été présente aux dix premières rencontres du groupe comparativement à deux individus ayant été présents à neuf rencontres, deux personnes ayant participé à huit rencontres ainsi que deux derniers participants ayant été présents à sept rencontres sur dix.
- 5) Six participants sur treize ont participé à un nombre inférieur à cinq rencontres. En fait, trois individus n'ont participé qu'à une seule rencontre alors que les trois autres ont été présents entre deux et quatre rencontres (un participant est venu à deux rencontres, un autre à trois rencontres et le dernier, à quatre rencontres).

Âge des Participants

- 1) Voici les âges des sept participants constituant le « noyau » du groupe : le plus jeune est âgé de 32 ans, le suivant est âgé de 34 ans, deux participants sont âgés de 39 ans, un individu a 43 ans, les deux plus âgés ont 48 et 54 ans.
- 2) Voici les âges des six participants ayant abandonné le programme au cours des dix premières rencontres de groupe : les deux plus jeunes sont âgés de 22 ans, le suivant est âgé de 25 ans, un participant est âgé de 27 ans, les deux plus âgés ont 30 et 38 ans.

- 3) La moyenne des âges des participants constituant le « noyau » du groupe est de 41 ans.
- 4) La moyenne des âges des participants ayant abandonné le programme au cours des dix premières rencontres de groupe est de 27 ans.

Niveau d'Instruction

- 1) Pour ce qui est des sept participants constituant le « noyau » du groupe, une personne possède un diplôme, il s'agit d'un DEP en aménagement de la forêt. Les six autres participants ont tous fait des études secondaires, mais seulement trois les ont complétées.
- 2) Pour ce qui est des six participants ayant abandonné le programme au cours des dix premières rencontres de groupe, une personne possède un diplôme en coiffure, et une autre suit présentement un cours de mécanique industrielle. Les quatre autres participants ont tous fait des études secondaires, mais seulement une personne les a complétées et poursuit présentement ses études au Cégep.

Condition Sociale, Style et Milieu de Vie

Pour ce qui est du « noyau » :

- 1) Les sept participants bénéficient des prestations de l'aide sociale sauf en ce qui concerne deux personnes : une personne travaille comme gardienne de sécurité et une autre comme ménagère.
- 2) Cinq individus sur sept proviennent de familles où il y avait de la violence verbale, physique et/ou sexuelle.
- 3) Quatre personnes sur sept ont, ou ont déjà eu, des problèmes de toxicomanie (alcool/drogue).
- 4) Cinq individus sur sept n'ont pas de conjoint.
- 5) Quatre personnes ont des enfants : un participant a la garde partagée ; un participant a un enfant qui a été adopté et un autre dont il a la garde, mais qui est suivi par un travailleur social ; deux participants ont des enfants assez âgés et ils ont quitté le milieu familial.
- 6) Trois individus sur sept ont un dossier judiciaire (cela concerne surtout des vols).

Pour ce qui est des six participants ayant abandonné le groupe :

- 1) Ils bénéficient tous des prestations de l'aide sociale sauf en ce qui concerne une personne qui travaille dans le Parc de la Mauricie, au service à la clientèle.
- 2) Quatre individus sur six proviennent de familles où il y avait de la violence verbale, physique et/ou sexuelle.

- 3) Trois personnes sur six ont, ou ont déjà eu, des problèmes de toxicomanie (alcool/drogue).
- 4) Quatre individus sur six n'ont pas de conjoint.
- 5) Une personne sur six a un enfant, mais ce n'est pas elle qui en a la garde.
- 6) Une personne sur six a un dossier judiciaire (cela concerne de la violence physique).

Observations Concernant les Personnes qui Quittent le Groupe

- 1) Deux participants ne sont présents qu'à la première rencontre. Il s'agit des deux personnes les plus jeunes présentes à cette rencontre de groupe (elles ont 22 et 27 ans comparativement aux autres participants qui sont âgés entre 30 et 54 ans).
- 2) À la deuxième rencontre, il y a deux nouveaux participants (âgés de 22 et 34 ans). Le plus jeune des deux ne vient qu'à cette rencontre.
- 3) À la quatrième rencontre, un nouveau participant se joint au groupe et il a 25 ans. Il participe durant deux rencontres consécutives, puis ne revient plus.
- 4) À la sixième rencontre, il y a un nouveau participant âgé de 38 ans. Il participe à deux rencontres consécutives, puis il s'absente durant deux rencontres pour revenir une dernière fois (on nous informe qu'il ne revient plus par la suite).
- 5) Un participant, âgé de 30 ans, se présente aux trois premières rencontres de groupe. Il s'absente ensuite durant deux rencontres pour revenir une dernière fois à la sixième rencontre.

Ces diverses données nous amènent à l'observation suivante : le nombre de participants dans le groupe change beaucoup. Il y a, en moyenne, sept participants par rencontre avec des pointes supérieures et inférieures de neuf et quatre. Cela est sans doute causé par divers facteurs, mais à première vue, le facteur de l'âge des participants pourrait être important. Les plus jeunes ne reviennent pas. Par ailleurs, en général, en dehors du facteur « âge », le profil des deux groupes (ceux qui maintiennent leur participation et ceux qui quittent le groupe) est assez semblable (niveau d'instruction, l'aide sociale comme principal revenu, le type de famille d'où ils proviennent, etc.).

Dans un deuxième temps, il semble y avoir un lien avec la nature semi-ouverte du groupe : les participants qui adhèrent au groupe après le commencement du programme ne reviennent pas.

Toutefois, à partir du questionnaire, nous obtenons des réponses à première vue contradictoires. Par exemple, nous demandons l'opinion des participants par rapport à l'affirmation suivante : « Le fait que le groupe soit semi-ouvert diminue le lien de confiance à l'intérieur du groupe, ce qui fait qu'il est plus difficile pour moi de me confier. » (Partie 3 du questionnaire, 3^{ème} question), la majorité se disent en désaccord. Par contre, voici quelques propos rapportés par ceux-ci dans l'espace où les participants peuvent écrire leurs commentaires : « Je suis en désaccord avec l'affirmation, mais à chaque fois qu'il y avait une nouvelle personne, je sentais qu'on recommençait au lieu

d'avancer. » et « Ce que je trouve décevant, c'est que ces gens (qui débutent après le commencement du programme) ne restent pas même s'ils en ont besoin. ».

Pour leur part, lors de la rencontre avec les intervenants, ceux-ci amènent les commentaires suivants par rapport aux absences ou retraits des participants : « (...) je suis déçu du nombre d'abandons, bien qu'il y en a toujours, car cela fait partie de leur dynamique. Une hypothèse que j'aurais par rapport à cela est que ceux qui restent semblent plus introspectifs, ce qui aurait pu faire peur à certains. » et « Le taux d'abandons en plus des absences, c'est décevant. Je me sens impuissant face à cela. Les causes que les participants donnent sont qu'ils sont malades ou qu'ils ont un autre rendez-vous. ». Pourtant, il est à noter que lorsque nous demandons aux intervenants les raisons qui font que le groupe est semi-ouvert, ceux-ci répondent que c'est à cause du taux d'abandons important, afin d'assurer un nombre suffisant dans le groupe.

Cette question du nombre de participants et de retraits est importante et nous aurons l'occasion d'y revenir dans le prochain chapitre.

Effet du Groupe

Cette question a trait au processus d'influence du groupe sur les participants. À partir des observations effectuées à l'intérieur du groupe et des réponses des participants dans le questionnaire, nous observons que l'unique fait d'être à l'intérieur d'un groupe

thérapeutique peut être aidant pour les participants. Il est question de ce que Corey (2000) appelle le phénomène de cohésion dans le groupe et nous reparlerons plus en profondeur de ce concept dans le prochain chapitre. Pour le moment, à partir des deux méthodes d'évaluation que nous venons de mentionner, observations et réponses au questionnaire, nous constatons que le groupe peut avoir un effet rassurant pour les participants, qu'il arrive que les participants s'entraident entre eux et que le groupe sert parfois « d'auditoire » pour les participants qui ont un grand besoin de parler.

Effet Rassurant

Observations Directes

Tout d'abord, le groupe peut être rassurant pour le participant et pour appuyer cette affirmation, les observations effectuées dans le groupe nous permettent d'utiliser les deux exemples suivants. Premièrement, beaucoup d'individus se reconnaissent dans la dynamique ou le vécu des autres. Des remarques ressemblant à : « C'est l'un de voir que je ne suis pas seul. » sont souvent exprimées par différents participants dans le groupe.

Deuxièmement, un participant exprime ne pas se sentir à l'aise dans le groupe, ne pas se sentir à sa place bien qu'il dit savoir être « borderline ». Les intervenants se servent alors du groupe en demandant aux autres participants leur opinion par rapport à

cela. Les participants tentent alors de rassurer l'individu en lui disant qu'ils désirent qu'il demeure dans le groupe, qu'ils apprécient sa présence, qu'il est autant à sa place que les autres et qu'il doit prendre le temps de s'intégrer. À travers l'intervention des thérapeutes, on constate que ceux-ci ont le souci que le participant sache qu'il n'est pas le seul « borderline » et qu'il a sa place dans le groupe (intervention aidante).

Questionnaire

À partir du questionnaire, lorsqu'on demande l'avis des participants sur l'affirmation suivante : « Le fait d'être dans un groupe réunissant des individus présentant la même problématique que moi me permet de me comparer aux autres et de me rassurer en me reconnaissant chez les autres, confirmant ainsi que je ne suis pas seul. » (Partie 3 du questionnaire, 1^{ère} question), six individus sur six expriment leur accord : deux en accord complet et quatre qui disent être assez en accord.

Entraide chez les Participants

Observations Directes

Il arrive que les participants du groupe se donnent des trucs et qu'ils s'entraident entre eux. Les trois exemples suivants, que nous avons notés à partir des observations à l'intérieur du groupe, appuient cette constatation. Premièrement, un

participant est touché par un autre qui pleure durant la rencontre. La semaine suivante, celui qui s'est senti touché apporte des livres à celui qui pleurait pour tenter de l'aider.

Deuxièmement, un participant parle souvent de façon très abstraite et durant longtemps pour expliquer des choses, ce qui fait qu'il peut être difficile à suivre et à comprendre. Après environ cinq rencontres de groupe, un autre participant lui reflète sa dynamique. Le participant en prend alors conscience puisqu'il revient sur ce sujet la semaine suivante et suite à cela, il est possible d'observer des changements dans sa manière de s'exprimer dans le groupe.

Troisièmement, lorsqu'un participant raconte une situation qui l'implique ainsi qu'une autre personne, un autre membre du groupe a pris l'habitude de se mettre à la place de la personne qui n'est pas présente dans le groupe. Cela semble avoir pour effet de développer l'empathie chez les autres participants qui apprennent à se mettre à la place des autres et à diriger leur regard sur les autres plutôt que le garder sur eux-mêmes.

Questionnaire

Aussi, lorsqu'on demande aux participants, à partir du questionnaire, leur opinion concernant l'affirmation suivante : « Il arrive que d'autres participants me révèlent leur façon de réagir dans une situation et que cela me donne des trucs sur

comment réagir, de façon plus adéquate, dans cette même situation. » (Partie 3 du questionnaire, 2^{ème} question), quatre personnes sur cinq disent être soit tout à fait d'accord (deux), soit assez en accord (deux) contre une seule qui dit être tout à fait en désaccord. De plus, les deux commentaires suivants sont ressortis dans l'espace où les participants peuvent écrire leurs opinions : « Je trouve cela intéressant d'avoir du feedback. » et « On apprend, au contact des autres, à mieux décortiquer, clarifier ce qui se passe en soi, ça aide à mieux nous définir soi-même. ».

Groupe Servant Comme Auditoire

Observations Directes

Il est possible de constater que le groupe peut servir « d'auditoire » aux participants chez qui il semble y avoir un grand besoin de parler. D'ailleurs, à partir des observations effectuées dans le groupe, nous pouvons, dans un premier temps, remarquer que les intervenants ont souvent besoin d'intervenir auprès des participants pour que ceux-ci cessent de parler entre eux afin de pouvoir continuer leurs interventions prévues (ex : transmission de contenu). De plus, à la pause, les participants tardent régulièrement à sortir du local où la thérapie a lieu parce qu'ils continuent de discuter entre eux. Une troisième constatation est que le commentaire suivant : « Juste d'en parler, ça fait du bien. » est souvent relevé de la part des participants.

Finalement, nous constatons que lorsqu'il est question de donner le contenu, les participants interrompent souvent les intervenants, si bien que ces derniers ont parfois de la difficulté à donner tout le matériel prévu pour la rencontre. En fait, afin de comprendre ce qui est dit, les participants donnent des exemples de leur vie personnelle et demandent si c'est de cela dont il est question dans le contenu. Des discussions débutent parfois à partir de là entre les participants ce qui les amène à s'éloigner du sujet de départ, prévu par les intervenants.

De ces divers exemples, tirés des observations du groupe et des réponses au questionnaire, il est possible de conclure à l'importance de l'effet du groupe chez les participants, que ce soit pour le plaisir d'être ensemble ou de s'identifier les uns aux autres.

Le Contenu Théorique

Dans le programme, lorsqu'il est question de la thérapie de groupe et surtout au cours de la première année, la transmission du contenu est vue comme très importante. Comme nous l'avons déjà mentionné, le contenu théorique pour la première année est divisé en différents modules. Il est donc question, à l'intérieur du premier module, de faire une introduction sur ce qu'est le TPL. Un deuxième module concerne les distorsions cognitives et les participants reçoivent de l'information sur chacune d'entre elles (ex : inférence arbitraire, exagération). Le troisième module se concentre sur les

mécanismes de défense et il est, encore une fois, question d'informer les participants sur chacun d'entre eux (ex : idéalisation, projection). Les autres modules se divisent de la façon suivante : la centration (nous parlons, entre autres, des concepts de « pensée sage », « pensée rationnelle », « pensée émotionnelle »), la régulation des émotions, la tolérance à la détresse ainsi que les concepts de modes et schémas (Hamel, & Larose, 2000).

À partir des trois méthodes d'évaluation présentées dans le chapitre précédent, il est possible de constater que le contenu théorique peut parfois être difficile à comprendre pour les participants. De plus, il semble que la façon dont les intervenants transmettent le contenu aux participants a une influence sur le niveau d'attention et de compréhension chez ces derniers. Finalement, nous constatons que les préoccupations des intervenants, en lien avec les objectifs et le fonctionnement du programme, semblent surtout axées sur la communication du contenu aux participants. Voici, afin d'appuyer ces trois constatations, ce que nous avons pu observer ou recueillir comme commentaires.

Compréhension Difficile du Contenu

Observations Directes

À partir des observations effectuées dans le groupe, nous pouvons constater que la compréhension du contenu chez les participants est souvent loin d'être évidente. Par exemple, au début de chaque rencontre, les intervenants demandent aux participants d'effectuer un retour sur leur semaine et de faire des liens avec le contenu qui a été donné lors de la rencontre précédente. On observe que les individus racontent leur semaine avec facilité, mais que lorsqu'il est question de faire des liens avec le contenu théorique, ils ont parfois de la difficulté à se souvenir de celui-ci. Il devient donc difficile pour eux de faire des liens entre le contenu donné et leur réalité quotidienne.

De plus, il arrive que des participants utilisent des termes théoriques dont il a déjà été question lors de rencontres antérieures, mais de façon incorrecte. Par exemple, un participant dit avoir pratiqué la « centration » durant la semaine, car il a fait le vide en lui, ce qui a eu pour effet de le calmer. Par contre, le concept de « centration », présenté dans le groupe par les intervenants, signifie un processus où il est question d'apprendre à être en contrôle de notre esprit, au lieu de laisser notre esprit nous contrôler. Une des façons de faire est de prendre du recul et de s'observer, de sentir et d'expérimenter ce qui se passe en soi et non pas de « vider son esprit ».

Un dernier exemple, que nous pouvons observer dans le groupe concernant la compréhension difficile du contenu, est que lors d'une rencontre, un participant exprime le fait que les termes utilisés par les intervenants sont parfois difficiles à comprendre. Voici une partie du verbatim de cette rencontre : « Je me sens frustré parfois par rapport aux intervenants, vous utilisez des mots scientifiques que je ne comprends pas. J'aimerais ça avoir mon dictionnaire pour ne pas avoir à vous demander des explications. ».

Questionnaire

De plus, dans le questionnaire, lorsque nous demandons l'opinion des participants par rapport à l'affirmation suivante : « Il est parfois difficile pour moi de comprendre la théorie donnée par les intervenants et de l'appliquer à ma vie personnelle. » (Partie 3 du questionnaire, 5^{ème} question), six personnes sur six disent être soit tout à fait d'accord (deux) ou assez en accord (quatre).

En fait, dans le questionnaire qui est destiné aux participants, une partie se concentre à évaluer ce qu'ils ont appris par rapport au contenu. Les participants affirment régulièrement qu'ils sont d'accord avec le fait d'avoir appris tel ou tel contenu théorique. Par contre, soit en lisant leurs commentaires, soit en leur demandant des explications, on s'aperçoit qu'ils n'ont souvent pas compris le contenu qu'on leur a expliqué durant les rencontres de groupe. De plus, on observe qu'ils se rappellent

parfois des termes utilisés et qu'ils se souviennent qu'il en a déjà été question, mais ils ne peuvent l'expliquer. Par exemple, voici une définition de ce qu'est le clivage (mécanisme de défense) tel que présenté par les intervenants : Le clivage, c'est lorsque la personne compose avec les conflits en compartimentant des états affectifs opposés et en étant incapable d'intégrer les aspects positifs et négatifs d'elle-même ou des autres. C'est lorsque c'est tout noir ou tout blanc, qu'il n'y a pas d'entre deux. Par exemple, c'est lorsque nous sommes dans une relation « amour/haine » avec son conjoint. Soit on l'adore, soit on le déteste.

Par contre, dans le questionnaire qui a été remis aux participants, voici l'exemple d'un commentaire apporté par l'un de ceux-ci pour expliquer ce qu'est le clivage : « Faire le ménage entre le positif et le négatif, biaiser la réalité entre l'émotionnel et le rationnel, garder ce qui contribue à se centrer vers l'esprit sage. ». Bien sûr, nous sommes loin de la définition présentée par les intervenants et on s'aperçoit que le participant utilise différents termes qu'il a entendus durant les rencontres, mais de façon incorrecte, presque associative, utilisant des mots appartenant à un concept présenté lors d'une rencontre précédente (la centration) pour définir un concept présenté lors d'une autre rencontre (le clivage).

Entrevue avec les Intervenants

Finalement, lors de la rencontre avec les intervenants, ceux-ci disent s'apercevoir que le contenu n'est pas toujours bien intégré chez les participants. Les hypothèses qu'ils amènent pour expliquer cela concernent un déficit de l'attention dans le groupe et pour certains, une limite intellectuelle.

Façon de Transmettre le Contenu Théorique

Observations Directes

Une deuxième constatation concerne la façon dont les intervenants transmettent le contenu théorique aux participants, ce qui semble avoir une influence sur le niveau d'attention et de compréhension chez ces derniers. Ce dont il est question ici touche davantage l'aspect pédagogique de la transmission du contenu, que le contenu en tant que tel. Ajoutons qu'habituellement, la façon de faire des intervenants est éducative, il s'agit « d'enseigner » du contenu théorique aux participants, mais à la manière de cours magistraux. Les observations du groupe permettent d'amener les deux exemples suivants.

Premièrement, il est arrivé quelques fois que les intervenants modifient la façon de transmettre le contenu théorique. Ils font davantage participer les individus en les

faisant parler de leurs expériences. Ils se servent ensuite de celles-ci pour expliquer le contenu. C'est donc concret et directement relié à la réalité des participants. On observe alors que l'attention de ces derniers est davantage soutenue. De plus, les commentaires qu'ils apportent nous font sentir que le niveau de compréhension du contenu apporté est meilleur.

Deuxièmement, il est parfois difficile de communiquer le contenu théorique aux participants du groupe. Durant une rencontre, cela semble particulièrement problématique. Les intervenants n'arrivent pas à maintenir l'attention des participants. La façon dont les intervenants communiquent le contenu est celle habituellement utilisée, c'est-à-dire qu'ils expliquent des notions théoriques au groupe. De plus, les exemples choisis ne sont pas toujours connectés à la réalité des participants. Par exemple, afin d'expliquer de quoi il s'agit lorsqu'il est question de décrire une situation sans la juger (fait partie du contenu relié à la centration), le thérapeute utilise un exemple relié au vin, c'est-à-dire la façon dont on peut décrire le vin. Il s'agit d'un exemple qui fait sens pour l'intervenant, mais qui demeure abstrait et métaphorique pour les participants ; ceux-ci ont de la difficulté à comprendre où l'intervenant veut en venir. Voici une partie du verbatim venant des observations effectuées dans le groupe :

Intervenant - Voici un autre exemple avec le vin. La façon dont on peut décrire le vin.

Participant - Mais ça prend beaucoup de jugement pour dire ça!

Intervenant - Non, ça prend surtout des mots, ça prend une connaissance de soi.

Participant - Et une connaissance du vin!

Intervenant - Le vin, c'est un exemple, une métaphore. En vrai, nous parlons de vous, de votre façon de vous décrire.

Nous avons ici un bel exemple de l'utilisation pédagogique d'une métaphore. Toutefois, pour en assurer la valeur, il nous apparaît important de vérifier si les participants ont bien compris le sens de l'exemple apporté.

Entrevue avec les Intervenants

De plus, lors de la rencontre avec les thérapeutes, nous leur demandons leur opinion concernant la façon dont le contenu est communiqué aux participants du groupe. Voici ce qu'ils répondent : « C'est sûr que lorsque c'est de façon expérientielle (en passant par les expériences des participants) c'est mieux. Mais ce n'est pas toujours évident de fonctionner de cette manière avec le genre de contenu qu'on a à leur donner. Mais c'est certain que de cette façon, c'est plus facile de vérifier la compréhension des participants. ».

Préoccupations des Intervenants

Observations Directes

Un dernier point à apporter touche les préoccupations des intervenants qui semblent surtout axées sur la communication du contenu aux participants. En fait, ils semblent prôner la même philosophie que Linehan (2000) pour qui la thérapie de groupe, particulièrement celle qu'elle appelle le « groupe d'entraînement aux

compétences », vise essentiellement l'apprentissage d'habiletés, selon un format psycho-éducatif, pour parvenir à des changements.

Afin d'appuyer cette constatation, les observations du groupe nous amènent, dans un premier temps, à remarquer que lorsque les participants parlent beaucoup, les intervenants semblent se sentir pris par le temps et dérangés dans leur cédule ; cela a pour conséquence que l'écoute est diminuée de leur part, puisqu'ils cherchent un moment pour reprendre la communication du contenu. De plus, les participants parlent beaucoup, mais l'accent ne semble pas porté sur les qualités d'écoute (les individus se coupent parfois la parole, il arrive que certains parlent entre eux, mais ces phénomènes ne sont pas souvent relevés par les intervenants).

Questionnaire

Lorsque, dans le questionnaire, nous demandons l'opinion des participants par rapport à l'affirmation suivante : « J'ai parfois envie de parler de ce que je vis, mais je me retiens parce qu'il y a de la théorie à donner. » (Partie 3 du questionnaire, 6^{ème} question), cinq personnes sur six disent être soit tout à fait d'accord (deux), soit assez en accord (trois) alors qu'un participant dit être assez en désaccord.

La question de l'importance du contenu et de sa transmission demandera donc qu'on s'y arrête au prochain chapitre.

Événements se Déroulant à l'Intérieur du Groupe (l'Ici et Maintenant)

Nous abordons ici tout ce que nous avons pu observer se rapportant à la dynamique du groupe en tant que telle. À partir des observations effectuées dans le groupe ainsi que des réponses obtenues des intervenants lors de l'entrevue prévue à cet effet, il est possible de constater que très peu de place est accordée à tout ce qui peut provenir des participants, surtout si cela n'est pas en lien avec le contenu apporté (ce qui est en accord avec la philosophie du programme). De plus, bien qu'il soit possible d'observer des parties de la dynamique de certains participants dans le groupe, nous constatons qu'aucune intervention n'est faite à ce niveau ou très peu.

Place des Participants dans le Groupe

Observations Directes

À partir des observations effectuées dans le groupe, nous pouvons constater que lorsque les participants commencent à parler d'un sujet qui n'est pas directement relié au contenu théorique dont il est question, les intervenants n'investiguent habituellement pas dans ce sens, attendant le bon moment pour reprendre où ils sont rendus dans la transmission de l'information projetée ou en invitant les participants à en parler durant leur thérapie individuelle, toujours afin de continuer la communication de leur contenu. Nous avons deux exemples à présenter afin d'appuyer cette constatation.

Premièrement, durant une des dix rencontres de groupe, deux participants expriment qu'ils vivent une peur du rejet. Par contre, au lieu d'investiguer dans ce sens et par le fait même, d'amener le contenu relié à la théorie de Young (Cousineau, & Young, 1996) concernant le mode de « l'enfant abandonné », les thérapeutes invitent les participants à en parler durant leur thérapie individuelle et ils poursuivent la communication du contenu prévu pour cette rencontre. Voici une partie du verbatim où un participant parle à un autre membre du groupe :

Participant 1 - Ce que tu as dit la semaine passée concernant le fait que tu trouves ça long quand on commence à parler de pleins de choses, j'y ai pensé pendant deux jours, ça m'a fait vivre des choses, de la culpabilité.

Participant 2 - Mais, je ne voulais pas que ça s'adresse juste à toi. Je trouve ça fort parce que moi aussi je veux plaire aux autres, j'ai peur du rejet.

Intervenant - On sent que vous vivez des émotions fortes par rapport à la peur du rejet et vous pourrez en parler en thérapie individuelle. Aussi, il arrive qu'on prenne trop personnel des commentaires qui sont dits.

Le deuxième exemple se déroule lors d'une autre rencontre, lorsqu'un des intervenants prend un exemple amené par un participant pour expliquer le contenu théorique qui a trait à la capacité de décrire une situation sans la juger. Le participant parle alors d'un « sentiment de vide ». On observe que celui-ci, qui a habituellement de la difficulté à s'ouvrir, le fait ici et avec émotion. Par contre, étant donné que cela s'éloigne du contenu prévu, l'intervenant n'investigue pas plus et poursuit où il est rendu. Cependant, un peu plus tard, le participant reparle de ce qui le préoccupe. Les intervenants lui parlent alors d'une angoisse d'abandon, mais n'élaborent pas davantage

sur ce sujet et poursuivent le plan prévu pour cette rencontre. Voici une partie du verbatim de la rencontre :

Participant - Quand je suis seul chez moi, je ne suis pas bien.

Intervenant - D'accord, on va se servir de cet exemple pour expliquer le contenu théorique. Quels mots choisirais-tu pour décrire « pas bien »?

Participant - Je sens un vide.

Intervenant - Tu sens un vide parce que...

Participant - Parce que je suis seul.

Intervenant - Tu es en contact avec un vide intérieur. Il s'agit de décrire une situation sans la juger.

Participant - Je ne veux plus rien faire dans ces moments-là.

Intervenant - Le malaise est fort jusqu'à entraver la motivation.

(Le participant approuve par des hochements de tête.)

Participant - J'ai de la difficulté à trouver les mots pour expliquer ce que je vis.

(L'intervenant poursuit alors la communication du contenu et change de sujet.)

(Quelques minutes passent et il n'est plus question de ce que vit le participant, mais celui-ci revient avec un questionnement.)

Participant - Ça vient d'où ce vide-là?

Intervenant - C'est un bien grand mot!

Participant - Oui, mais ça vient d'où? J'aimerais ça le savoir.

Intervenant - C'est probablement relié à une angoisse d'abandon.

Participant - Tu vois, tu en parles et les émotions montent. Quand j'étais jeune, j'ai été abandonné et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à me couper de mes émotions.

Intervenant - Aujourd'hui, tu peux laisser aller ces émotions-là...

(Puis, l'intervenant continue de transmettre le contenu prévu pour la rencontre sans « accompagner » davantage le participant dans ce qu'il vit.)

Entrevue avec les Intervenants

Lors de la rencontre avec les intervenants, nous leur avons demandé leur opinion ainsi que leur rationnel par rapport à l'importance de communiquer le contenu théorique plutôt que de demeurer dans le « ici et maintenant ». Donc, pourquoi demeurer dans

l'éducatif plutôt que d'utiliser ce qui se déroule dans le groupe pour transmettre le contenu? Voici ce qu'ils répondent : « C'est le reflet de la vraie vie. Même si tu vis des émotions, il faut rester fonctionnel, accepter le délai qui est d'attendre la thérapie individuelle. ».

De plus, ils ajoutent : « Si on reste toujours dans le « ici et maintenant », ce n'est pas productif. Par exemple, le contrôle des pulsions, c'est majeur en ce qui concerne les personnes ayant un TPL. Pour y arriver, ça prend des apprentissages, connaître, savoir des notions. ». Finalement, voici le dernier commentaire qu'ils ont apporté par rapport à cette question : « De plus, si on ne réussissait pas à transmettre le contenu parce qu'une personne vit quelque chose de majeur, ce ne serait pas grave. C'est déjà arrivé et on a repoussé le contenu à la semaine suivante. Et il y a tout de même des capsules de théorie qui sont passées à travers les interventions. ». Donc, les intervenants semblent d'accord avec le fait qu'il est parfois important de garder le cap sur le contenu, mais qu'il faut parfois savoir déroger à ce qui est prévu.

Interventions Faites Par Rapport à la Dynamique des Participants

Observations Directes

Bien qu'il soit possible d'observer des parties de la dynamique de certains participants dans le groupe, les thérapeutes n'interviennent pas à ce niveau ou très peu.

Voici deux exemples tirés des observations à l'intérieur du groupe. Premièrement, un participant parle beaucoup dans le groupe, utilisant des termes abstraits et il est très dur à suivre. On peut supposer qu'il s'agit d'une défense pour lui (intellectualisation), car ainsi, il ne parle pas vraiment de lui, ni de ses émotions. Par contre, les thérapeutes ne font pas d'interventions claires par rapport à cela. Ils réagissent plutôt en le laissant faire, ou en lui disant qu'ils ne comprennent pas ce qu'il veut dire, puis ils poursuivent la transmission du contenu théorique.

Le deuxième exemple concerne également un participant qui parle beaucoup à l'intérieur du groupe. Lorsqu'il commence, il est difficile de l'arrêter. De plus, d'après les expériences de vie qu'il rapporte, il est possible de faire l'hypothèse d'un manque de limites chez lui, ainsi que d'une immaturité de la pensée. La façon dont les thérapeutes interviennent est de ne pas le laisser parler trop longtemps (ils lui imposent une limite). Par contre, on observe que le participant ne comprend pas leur raison d'agir de cette manière avec lui, ce qui semble lui faire vivre des frustrations. Voici une partie du verbatim du début d'une rencontre :

Participant - Bon, je vais commencer à parler maintenant si je veux avoir du temps pour moi.

(Parle de plusieurs choses pendant un certain temps.)

Intervenant - O.k. là je vais t'arrêter.

Participant - Déjà!

Intervenant - Oui.

Participant - Regarde bien ça la semaine prochaine, je ne dirai pas un maudit mot.

Intervenant - Là, tu es dans le tout ou rien.

Participant - C'est pas grave, il y en a qui me l'ont dit qu'on ne me laissait pas parler, regarde bien ça la semaine prochaine.

Intervenant - Faut que tu apprennes à t'arrêter par toi-même sinon, faut que ce soit moi qui t'arrête. Regarde, cela fait dix minutes que tu parles.

Participant - Cela fait dix minutes?

Intervenant - Oui, tu peux apprendre à ramasser tes idées.

(L'intervenant demande alors aux autres participants si quelqu'un veut parler et la rencontre continue. Un peu plus tard, pendant qu'un autre participant parle de son fils, le participant refait une tentative pour parler.)

Participant - Est-ce que je peux poser une question?

Intervenant - Oui.

Participant - Comment cela il a le droit de parler de son fils et pas moi, parce que là je ne me sens pas bien du tout.

Intervenant - Parce que c'est une question de processus, la façon dont on dit ce qu'on a à dire. On ne peut pas te laisser aller quand tu veux trop parler, ce ne serait pas t'aider.

Un autre participant - Il faudrait que tu parles de ce que tu ressens au lieu de sauter d'un sujet à l'autre.

En regardant le processus du groupe et le rapport des intervenants aux participants, nous pouvons observer que très peu d'importance est accordée à la dynamique du groupe en tant que telle, ainsi que tout ce qui a trait à la relation thérapeutique entre les participants et les intervenants. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans le prochain chapitre.

Les Objectifs Généraux

Comme nous l'avons déjà mentionné au 3^{ème} chapitre, les objectifs généraux du programme servent de « repères » à l'évaluation dans le sens qu'ils ne sont jamais perdus de vue. Il s'agit ici de recueillir la perception des participants par rapport à leur évolution à l'intérieur des objectifs généraux et ce, après dix rencontres de groupe.

Pour ce faire, une partie du questionnaire qui leur est destiné se concentre sur ces six objectifs. Bien sûr, il est difficile d'évaluer l'atteinte de ces objectifs en tant que tel étant donné que ce projet concerne les dix premières rencontres de la première année du programme et c'est pourquoi la question de départ se lit comme suit : « Après les dix premières rencontres de groupe, où je me situe par rapport (...) » (Partie 1 du questionnaire).

Donc, en réponse au premier objectif général qui est : « Où je me situe par rapport à une meilleure connaissance de soi? » (Partie 1 du questionnaire, 1^{ère} question), six participants sur sept affirment que soit cela s'est beaucoup amélioré (cinq), soit cela s'est moyennement amélioré (un) par rapport à un dernier qui dit que cela ne s'est pas amélioré du tout. De plus, voici quelques commentaires des participants concernant cet objectif : « Avec l'expérience des autres, on en apprend beaucoup sur soi. » ; « J'en ai appris sur mon agressivité. Je dis maintenant ce que je pense et je suis plus positif. J'accepte davantage ma maladie. » ; « (...) et ce, par rapport à certaines explications permettant de comprendre mes agissements. ».

Deuxièmement, lorsque nous demandons l'opinion des participants concernant la question suivante : « Où je me situe par rapport à mon niveau de fonctionnement en général? » (Partie 1 du questionnaire, 2^{ème} question), cinq individus sur sept répondent que soit cela s'est beaucoup amélioré (deux), soit cela s'est moyennement amélioré (trois) contre deux qui affirment que cela ne s'est pas amélioré. Les deux commentaires

suivants ont été retenus : « Je continue de me faire du mal psychologiquement, je continue de me mutiler et de faire des tentatives de suicide. » et « J'apprends davantage à penser avant d'agir. ».

Troisièmement, à la question suivante : « Où je me situe par rapport à l'analyse, la compréhension et la modification de mes réactions impulsives? » (Partie 1 du questionnaire, 3^{ème} question), quatre des sept participants ayant répondu au questionnaire disent que cela s'est beaucoup amélioré contre deux qui trouvent que cela s'est moyennement amélioré et un qui affirme que cela ne s'est pas amélioré. Voici ce que certains ajoutent à ce sujet : « Je pense que la modification des réactions passe aussi par la compréhension. C'est intéressant de connaître le pourquoi. » ; « Maintenant, je comprends davantage mon impulsivité. » ; « Quand il arrive une situation négative et impulsive, j'en parle au moment présent, ce que je ne faisais pas avant. ». (Ajoutons que ce dernier commentaire représente un exemple où un participant utilise de façon incorrecte les concepts enseignés. Il ne s'agit pas d'une « situation » impulsive, mais d'une « réaction » impulsive.)

Lorsque nous demandons aux participants où ils se situent par rapport au développement de stratégies pour mieux gérer leurs émotions (Partie 1 du questionnaire, 4^{ème} question), cinq d'entre eux trouvent que cela s'est moyennement amélioré contre deux qui affirment plutôt que cela s'est beaucoup amélioré. Certains ajoutent les commentaires suivants : « Quand j'ai envie de pleurer, je n'ai plus, ou presque plus,

d'agressivité envers moi-même. » et « J'essaie de développer des moyens, telle la marche, pour passer à autre chose, ne pas rester dans l'émotion. ».

Au cinquième objectif général qui est : « Où je me situe par rapport au développement de relations personnelles plus harmonieuses? » (Partie 1 du questionnaire, 5^{ème} question), quatre participants sur sept affirment que cela s'est moyennement amélioré. Les trois autres participants, quant à eux, trouvent que cela s'est beaucoup amélioré. Par rapport à cela, deux commentaires sont ressortis : « Quand il arrive quelque chose dans le groupe, je suis capable d'en parler sans être agressif. » et « Je suis plus sociable et je prends le temps de faire valoir mon point de vue. ».

Finalement, lorsque nous demandons l'opinion des participants concernant la question suivante : « Où je me situe par rapport à l'amélioration de ma qualité de vie? » (Partie 1 du questionnaire, 6^{ème} question), quatre personnes sur sept ont répondu que cela s'est beaucoup amélioré et les trois autres trouvent plutôt que cela s'est moyennement amélioré. Un participant ajoute qu'il pense davantage à lui qu'avant et un autre amène le commentaire suivant : « Je m'affirme plus, j'ai fait le ménage dans mes amis, entre le négatif et le positif. ».

Ces réponses au questionnaire sont très intéressantes, d'autant plus que le contenu théorique, prévu pour les dix premières rencontres de groupe (introduction sur ce qu'est le TPL, la centration, les mécanismes de défense et les distorsions cognitives),

est loin d'être directement relié aux six objectifs généraux du programme. Bien sûr, nous pouvons amener l'hypothèse que les réponses des participants puissent refléter, dans une certaine mesure, de la désirabilité sociale. Par contre, indépendamment de cela, il est important de se demander d'où proviennent ces changements thérapeutiques. Nous aurons l'occasion de nous attarder plus amplement sur cette question dans le prochain chapitre.

Il était donc question, dans ce chapitre, de présenter le matériel ressorti découlant des trois méthodes d'évaluation que nous avons utilisées. Dans un premier temps, nous avons fourni de l'information concernant le nombre de participants à chacune des rencontres observées ainsi que sur des données caractérisant les individus ayant participé au groupe. Ensuite, nous vous avons fait part du matériel ressorti par rapport à l'effet du groupe en tant que tel, par rapport au contenu théorique ainsi que par rapport à des événements s'étant déroulés à l'intérieur du groupe. Finalement, il a été question de présenter les résultats du questionnaire, destiné aux participants, concernant la perception de leur évolution par rapport aux objectifs généraux du programme. Le chapitre suivant vous fait part de réflexions découlant du matériel présenté.

5^{ème} Chapitre

Discussion et commentaires découlant des observations et des réponses obtenues

Ce dernier chapitre se concentre sur des questionnements ressortis suite aux trois méthodes d'évaluation utilisées (observations directes, questionnaire, entrevue). Cela dans le but de voir les forces du programme et de considérer si des modifications pourraient être apportées afin que, dans la pratique, le programme soit le plus efficace possible et réponde du mieux qu'il le peut aux besoins des participants.

Bien sûr, nous sommes conscients que la dynamique de la clientèle ayant un TPL n'est pas simple. Par contre, indépendamment de cela, les questionnements se rapportent au fonctionnement du programme en tant que tel, plus spécifiquement en ce qui a trait à la thérapie de groupe, afin d'effectuer une évaluation partielle de celui-ci.

Dans un premier temps, il est question de réflexions touchant le nombre de participants dans le groupe. Ensuite, nous vous faisons part de nos réflexions concernant l'effet du groupe, concernant ce qui se déroule à l'intérieur de celui-ci et concernant le contenu théorique ainsi que les objectifs généraux du programme.

Par Rapport au Nombre de Participants dans le Groupe

Bien que les intervenants ayant développé le programme affirment avoir, entre autres, choisi l'approche de Linehan (2000) pour son faible taux d'abandon et son

efficacité reconnue (Hamel, & Larose, 2000), nous avons observé, tout au moins dans le groupe évalué pour ce travail, que le taux d'abandon, au début du programme, est relativement important. Premièrement, il semble que les participants les plus jeunes ne restent pas dans le programme. Nous pouvons amener l'hypothèse qu'ils ne se reconnaissent pas dans le groupe, qu'ils ont de la difficulté à développer un sentiment d'appartenance, une alliance avec les autres participants. D'ailleurs, pour appuyer cette hypothèse, voici une partie du verbatim de la première rencontre où un jeune participant est impliqué :

Intervenant - Est-ce qu'il y a des personnes qui ne se reconnaissent pas dans ce qui est dit?

Jeune participant - Je ne me reconnais pas, je me sens comme un extra-terrestre ici.

Autre participant - Mais tu es jeune, tu as quel âge?

(Les deux participants continuent de chuchoter pendant que l'intervenant poursuit la communication du contenu théorique.)

Suite à cela, le questionnement que nous pouvons avoir est s'il ne serait pas préférable de tenter de créer des groupes davantage homogènes au niveau de l'âge des participants. Bien sûr, cela peut devenir difficile si nous voulons aider le plus de personnes possibles et si nous souhaitons assurer un nombre de participants suffisant dans le groupe. Par ailleurs, nous pouvons également nous questionner sur la façon dont ces participants sont accueillis dans le groupe. Lorsqu'un de ceux-ci exprime le fait qu'il ne se reconnaît pas, combien de temps prenons-nous pour explorer ce qu'il vit? En prenons-nous suffisamment? Si ces individus avaient plus de temps pour parler d'eux, de leurs différences par rapport aux autres, peut-être se reconnaîtraient-ils davantage entre

eux (les plus jeunes) et ainsi, développeraient-ils un sentiment de cohésion plus solide par rapport au groupe.

De plus, Prochaska et DiClemente (1982) proposent un modèle transthéorique du changement dans lequel ils affirment qu'un individu, vivant avec une problématique, traversera plusieurs stades à travers son processus de changement. Ces stades sont la Précontemplation, la Contemplation, la Décision, l'Action, le Maintien et la Rechute. Sommairement, la personne qui se retrouve dans le stade de la Précontemplation ne considère pas vraiment avoir une problématique et si elle se présente dans une thérapie, c'est habituellement suite à des pressions extérieures (par exemple, venant de son médecin). Le stade de la Contemplation, quant à lui, se caractérise par un état d'ambivalence chez la personne, c'est-à-dire que celle-ci prend conscience de sa problématique, mais demeure incertaine à vouloir s'embarquer dans un processus de changement. Le stade de la Décision signifie que la personne prend la décision de modifier ses comportements problématiques. À noter que plusieurs « allers-retours » peuvent être faits entre la Décision et la Contemplation. Ensuite, le stade de l'Action signifie la mise en œuvre de la Décision et c'est à ce moment que débute le changement. Suite à cela, lorsque la personne se retrouve dans le stade du Maintien, elle essaie de résister au retour du comportement problématique. Finalement, le stade de la Rechute explique la façon dont la personne peut revenir à son comportement problématique.

À ce stade-ci, nous pouvons également amener deux hypothèses. Premièrement, les plus jeunes ayant abandonné le programme se retrouvaient peut-être à l'intérieur du stade de la Précontemplation du modèle de Prochaska et DiClemente (1982). Il serait alors normal qu'ils aient de la difficulté à se reconnaître dans les exemples donnés par les autres participants, ne reconnaissant pas avoir une problématique de TPL. Peut-être que si davantage de temps avait été consacré à l'exploration de ce que vivaient ces jeunes participants, nous nous serions aperçus que tant qu'ils ne considèrent pas avoir de problèmes, nous ne pouvons aller plus loin au niveau de nos interventions. Selon Prochaska et DiClemente (1982), la façon d'intervenir, dans ces cas-là, est de tenter de conscientiser les participants des risques et des problèmes encourus par leurs comportements afin de, peu à peu, semer le doute dans leur esprit qu'ils ont peut-être, en effet, des difficultés. Ajoutons également qu'une autre façon de régler ce problème serait peut-être de considérer ces stades, que nous retrouvons à l'intérieur du processus de changement, dans l'évaluation que nous effectuons avec la clientèle candidate au programme, avant le commencement de celui-ci.

La deuxième hypothèse est que les participants constituant le « noyau » du groupe, c'est-à-dire ceux ayant été présents à au moins sept rencontres sur dix, se situent dans le stade de la Décision du modèle de Prochaska et DiClemente. Il serait peut-être alors pertinent de former deux groupes de thérapie plutôt qu'un selon les stades (un groupe réunissant les participants se retrouvant dans le stade de la Précontemplation, un

groupe réunissant les participants se retrouvant dans le stade de la Décision). Il serait alors plus facile, pour les thérapeutes, de privilégier les interventions selon les stades.

Pour poursuivre dans nos réflexions par rapport au nombre de participants dans le groupe, nous présentons l'observation suivante : les participants qui adhèrent au programme après le commencement de celui-ci ne reviennent pas, mais le groupe est semi-ouvert afin d'assurer un nombre suffisant d'individus dans le groupe. Donc, que pouvons-nous faire pour que ces personnes demeurent dans le programme? L'hypothèse que nous pouvons amener concerne, ici également, la façon dont les nouveaux participants sont accueillis dans un groupe déjà existant. Le temps alloué à cet accueil est-il suffisant pour que ces individus développent un sentiment d'appartenance au groupe? Prenons-nous le temps nécessaire pour créer une alliance thérapeutique avec ces personnes? Les nouveaux participants arrivent dans un groupe où les individus ont déjà créé des liens et où une thérapie a déjà débuté. Il peut donc être plus difficile pour eux de s'intégrer au groupe et d'être habité par le sentiment d'y avoir sa place. De plus, au deuxième chapitre, nous avons décrit le déroulement d'une séance de groupe qui débute par l'accueil des participants ainsi que par un bref retour sur la séance précédente. Comment intégrons-nous un individu qui n'était pas présent à la rencontre précédente et qui n'a aucune idée de ce dont il était question? Nous savons que l'établissement d'une alliance thérapeutique prédit les chances de succès de la thérapie (Martin, Garske, & Davis, 2000). Il semble donc très important que le temps nécessaire soit alloué à l'établissement de cette alliance, même (et surtout) après le commencement du groupe,

car le nouveau participant arrive dans un milieu où des liens ont déjà été créés et où du contenu théorique a déjà été communiqué aux autres personnes présentes, ce qui peut rendre plus difficile le développement du sentiment d'appartenance au groupe.

Enfin, nous pouvons questionner la pertinence même de la nature semi-ouverte du groupe. Est-ce qu'une alliance thérapeutique peut s'établir à tout moment dans la vie d'un groupe? De plus, un participant qui commence le groupe au début du mois de janvier a manqué tout le contenu qui a été communiqué durant la session d'automne. Est-ce que cela ne risque pas de compromettre son processus de changement thérapeutique? La dernière question que nous pouvons nous poser par rapport à cela est : la nature semi-ouverte du groupe est-elle réellement avantageuse pour la survie du groupe ou serait-elle, au contraire, plutôt nuisible?

Par Rapport à l'Effet du Groupe ainsi qu'à ce qui se Déroule à l'Intérieur de Celui-ci

Nous avons observé que le seul fait d'être à l'intérieur d'un groupe réunissant des individus présentant la même problématique est aidant pour les participants. Corey (2000) parle de la cohésion du groupe pour expliquer ce phénomène. Pour lui, la cohésion dans le groupe signifie un sentiment d'appartenance, d'inclusion et de solidarité chez les participants. En fait, le participant a le sentiment qu'il est accepté et supporté dans le groupe. Corey (2000) ajoute que le partage des expériences

personnelles entre les participants lie le groupe ensemble, car ce processus permet aux individus de s'identifier les uns aux autres. Cet auteur considère la cohésion très importante et même déterminante du succès d'un groupe. Si ce phénomène n'existe pas à l'intérieur d'un groupe, le travail effectué demeure superficiel et les participants ne se sentent pas assez en confiance pour maintenir un haut niveau d'auto-révélation. Finalement, il semble qu'un des facteurs pour assurer la cohésion d'un groupe soit d'accorder de l'importance à ce qui se déroule dans le « ici et maintenant » (Corey, 2000).

L'effet qu'un groupe peut exercer sur un individu n'est donc pas à négliger. De ce fait, nous croyons à la pertinence d'inclure, d'une certaine façon, la thérapie de groupe dans le programme puisqu'elle est présente de toute manière. Cependant, nos réflexions nous amènent à considérer la façon dont on pourrait maximiser l'effet groupe au niveau thérapeutique. Celui-ci peut nous amener du matériel thérapeutique très intéressant directement relié au contenu théorique prévu pour l'année, mais pas nécessairement pour la rencontre du moment. D'ailleurs, le questionnement suivant est intéressant : est-il plus efficace d'imposer une façon de procéder au groupe en prévoyant, à l'avance, de quel contenu théorique il sera question à chacune des rencontres ou bien vaudrait-il mieux accorder plus d'importance à la relation thérapeutique et suivre le groupe où celui-ci est rendu? Comme nous l'avons mentionné dans le paragraphe précédent, Corey (2000) semble trouver plus efficace d'accorder de l'importance à ce qui se déroule dans le « ici et maintenant » et de suivre le groupe où

celui-ci est rendu afin de favoriser la cohésion de celui-ci. Cependant, cela ne veut pas dire d'oublier tout contenu théorique, car comme le disent les intervenants, l'apprentissage, la connaissance ainsi que le savoir est important pour arriver, par exemple, au contrôle des pulsions. De plus, un participant amène le commentaire suivant à l'intérieur du questionnaire qui lui était destiné : « Je pense que la modification des réactions passe aussi par la compréhension. C'est intéressant de connaître le pourquoi. ». Par contre, si, par exemple, un participant arrive à la rencontre de groupe préoccupé par le fait qu'il vive un sentiment de vide lorsqu'il est seul, se peut-il qu'il ait de la difficulté à être disponible et attentionné pour recevoir du contenu qui n'a rien à voir avec ce qui le préoccupe? Rappelons-nous que lorsqu'il est question de la vulnérabilité émotionnelle dans l'approche de Linehan (2000), celle-ci amène le fait que l'augmentation de la réaction émotive restreint l'attention de façon à ce que les stimuli associés aux émotions deviennent plus frappants et attirent davantage l'attention. Il peut donc être difficile pour un patient souffrant d'un TPL d'être attentif à des stimuli qui ne sont pas directement reliés à ce qui le rend émotif.

Cela nous amène à parler d'un concept dont il a souvent été question dans le processus thérapeutique, mais qu'on a tendance à en oublier l'importance et surtout, l'effet que cela peut avoir par rapport au changement. Nous parlons ici de la relation thérapeutique. Un article paru dans la Revue québécoise de psychologie en 2004 parle de cet engouement pour les traitements spécifiques, incluant des marches à suivre pour tels problèmes spécifiques, comparativement à l'importance de la relation thérapeutique

dont on ne tient pas souvent compte. À l'intérieur de cet article dont le titre est : « Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie » (Lecomte, Drouin, Savard, & Guillon, 2004), voici ce que Bergin et Garfield (1997) affirment à ce sujet : « Pourtant, à ne pas tenir compte de l'influence de la variabilité due aux psychothérapeutes, aux clients et aux facteurs relationnels, on se condamne à n'expliquer qu'une faible part de l'ensemble de la variance du changement thérapeutique. » (p.75). Ce que ces chercheurs tentent de dire, c'est que tout ce qui a trait à la relation entre le thérapeute et le client peut avoir une grande influence sur l'efficacité de la thérapie. De plus, Lecomte et Lecomte (1999) ajoutent que peu importe si le traitement est destiné pour des troubles dits sévères ou non sévères, les facteurs relationnels ainsi que les variables du thérapeute et du client jouent, de toute façon, un rôle déterminant dans l'efficacité thérapeutique. Dans cette perspective, on peut également se demander, même si on y accorde peu d'importance de façon systématique, le rôle que jouent les thérapeutes (leur personnalité, leur disponibilité, la qualité de la relation) dans les changements observés.

Par Rapport au Contenu Théorique et aux Objectifs Généraux du Programme

Nous avons observé que le contenu est parfois difficile à comprendre pour les participants. Par exemple, lors d'une rencontre de groupe, un participant dit se sentir frustré par les intervenants parce qu'ils utilisent des mots scientifiques qu'il ne comprend pas. Lors de l'entrevue avec les thérapeutes, ceux-ci disent s'apercevoir que le

contenu n'est pas toujours bien intégré chez les participants et les hypothèses qu'ils amènent pour expliquer cela concernent un déficit de l'attention dans le groupe et pour certains, une limite intellectuelle. Pourtant, rappelons qu'un des critères d'inscription pour pouvoir participer au programme concerne les capacités cognitives de la personne qui doivent être suffisantes pour comprendre les habiletés enseignées.

D'ailleurs, nous pouvons nous questionner à savoir de quelle façon les intervenants évaluent les capacités cognitives du participant. Tiennent-ils compte du milieu d'où ils proviennent et de leur degré d'éducation? Au début des résultats de notre évaluation, nous avons décrit le milieu d'où venaient les participants du groupe. Il est possible de constater que la plupart n'ont pas terminé leurs études secondaires et que très peu travaillent, vivant presque tous des prestations de l'aide sociale. Sans remettre en question leur quotient intellectuel, il est possible d'émettre l'hypothèse que ces individus ont peu d'éducation et qu'il peut être difficile pour eux d'apprendre des notions théoriques abstraites. Nous pouvons donc penser que le vocabulaire utilisé pour transmettre le contenu théorique n'est peut-être pas adéquat étant donné la clientèle et que la façon de leur communiquer le contenu devrait être adaptée en conséquence.

De plus, dans la façon dont le programme a été conçu, rien n'est relié à une théorie du développement sous-jacente aux apprentissages que les participants peuvent faire. Nous croyons qu'une réflexion à ce sujet pourrait être pertinente. D'ailleurs, dans sa théorie, Linehan (2000) parle d'un environnement invalidant pour expliquer, en

partie, l'étiologie du TPL. Si nous supposons que les participants ont vécu leur enfance à l'intérieur d'un environnement invalidant et qu'ils ont développé leur dynamique en fonction de cela, ne pouvons-nous pas également supposer que leurs capacités d'apprentissage au niveau du développement ont aussi été influencées? Plusieurs individus états-limites sont demeurés immatures autant au niveau de leurs pensées, qu'au niveau de la façon dont ils vivent et expriment leurs émotions ainsi que leurs pulsions. Ne pouvons-nous pas émettre l'hypothèse que leur stade de développement n'en est pas davantage arrivé à maturité? Si la réponse est affirmative, nous croyons qu'il peut être efficace d'en tenir compte lorsqu'il est question de communiquer du contenu théorique aux participants. Il peut être difficile d'apprendre à lire des mots si on n'a pas encore réussi à apprendre les lettres de l'alphabet. D'ailleurs, Young (Cousineau, & Young, 1996) parle du développement dans sa théorie en affirmant qu'une éducation doit être faite quant aux besoins et aux différents stades de développement de l'enfant. Pour lui, le processus thérapeutique se compare à celui du développement de l'enfant, le thérapeute assumant ainsi le rôle de « parent substitut ». Compte tenu de cela, on peut se demander si les gens qui ont développé le programme ne devraient pas s'y intéresser davantage.

Un autre point est qu'il a été possible d'observer deux façons de transmettre le contenu théorique aux participants du groupe. La plupart du temps, la façon dont les intervenants communiquent le contenu est traditionnelle, c'est-à-dire qu'ils expliquent des notions théoriques au groupe. De plus, des feuilles, expliquant le contenu en

question, sont habituellement remises aux participants, bien qu'il semble parfois difficile pour eux de suivre sur ces feuilles et d'écouter les intervenants de façon simultanée. Par contre, il est arrivé quelques fois que les thérapeutes modifient leur façon de faire en utilisant une méthode expérientielle. En fait, plutôt que d'être directifs, ils se laissaient guider par ce que le groupe leur amenait pour communiquer le contenu. Cette méthode semblait d'ailleurs plus efficace, car nous avons pu observer que l'attention des participants était davantage soutenue et que leurs commentaires étaient reliés au contenu apporté. Nous nous questionnons donc à savoir s'il ne serait pas pertinent d'utiliser davantage cette méthode, l'apprentissage par l'action et le vécu, qui semble plus concrète et directement reliée aux expériences ainsi qu'à la réalité des participants.

À ce moment-ci, nous pouvons également nous questionner à savoir comment se produit le changement chez les individus. Un changement s'effectue à quel moment? Suffit-il de savoir et de connaître pour que nous changions? Par exemple, il peut être bien d'apprendre les noms des différentes distorsions cognitives qui existent et de savoir les différencier lorsqu'on nous le demande. Par contre, si nous sommes incapables de prendre conscience que nous les utilisons afin de travailler pour modifier nos processus de pensée, cela donne-t-il vraiment quelque chose? L'un des auteurs du livre : « Guide du psychothérapeute de groupe » parle du changement de cette façon : « La condition essentielle du changement semble être l'expérience vécue, l'expérience à l'intérieur de laquelle l'individu s'engage, et tout spécialement celle qui le met en relation avec d'autres personnes. » (Foulkes, 1971, p.17). Ce que cet auteur semble dire, c'est que

pour qu'il y ait possibilité de changement, il faut que l'individu ait « intégré » les apprentissages qu'il a faits et non uniquement appris des notions à un niveau intellectuel. Il semble qu'une bonne façon pour que cela soit « intégré » est l'expérience. Le groupe peut permettre ces expériences étant donné que plusieurs personnes sont réunies. Ne serait-il pas plus efficace de se servir davantage de ce phénomène de groupe dès le départ?

De plus, lorsque nous regardons les résultats découlant du questionnaire destiné aux participants, plus particulièrement la section réservée à leur perception de leur évolution par rapport aux objectifs généraux du programme, nous pouvons remarquer que ceux-ci considèrent s'être relativement bien améliorés après dix rencontres de groupe. Cela peut nous faire penser que le programme, et probablement la thérapie de groupe en tant que telle amène des changements thérapeutiques chez les participants.

Pourtant, comme mentionné plus haut, on observe que le contenu théorique n'est souvent pas bien compris de la part des participants. Nous pouvons donc nous questionner à savoir qu'est-ce qui amène ces changements thérapeutiques dont parlent les participants? Se peut-il que les raisons qui font que la thérapie de groupe amène des améliorations chez ces individus se retrouvent à un autre niveau de ce que nous croyons, à savoir la centration sur le contenu? Cela nous amène à parler du concept dont nous avons déjà effleuré la question auparavant qui est la relation thérapeutique. Toujours à l'intérieur de l'article paru récemment dans la Revue québécoise de psychologie

(Lecomte, Drouin, Savard, & Guillon, 2004), plusieurs chercheurs (Beutler, 1997 ; Horvath, 1995 ; Lambert et Barley, 2002 ; Orlinsky, Grawe et Parks, 1994) affirment que depuis près de trente ans, de nombreuses méta-analyses voient dans la relation thérapeutique le meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques. De plus, d'autres chercheurs ajoutent que, de façon constante, les recherches démontrent que la relation contribue davantage au progrès thérapeutique que ne le font les techniques ou les procédures, les caractéristiques spécifiques du client ou celles du psychothérapeute (Luborsky et al., 1997 ; Sexton et Whiston, 1994).

Donc, l'efficacité de la thérapie de groupe provient-elle vraiment du contenu théorique apporté aux participants ou plutôt de ce qui se déroule à l'intérieur du groupe, au niveau relationnel, entre les thérapeutes et les participants ainsi que les relations établies entre les participants eux-mêmes? Nous croyons, tout comme l'article le prétend, que les changements thérapeutiques s'effectueraient, avant tout, au niveau relationnel. Par exemple, lorsque les intervenants imposent une limite à un participant qui parle beaucoup, ils agissent avec lui comme des parents le feraient avec leur enfant. Cela se déroule au niveau relationnel en plus d'intervenir directement au niveau de l'expérience chez le participant qui se fait imposer une limite. Déjà là, nous pouvons observer un travail thérapeutique dans le sens que le participant apprend, en se faisant imposer une limite, qu'il ne peut prendre tout l'espace et surtout, celui des autres pour parler de lui-même. Dans ce sens, un travail plus approfondi pourrait être fait en allant explorer, par exemple, ce qu'il vit lorsqu'une limite lui est imposée.

Par contre, cela ne veut pas dire qu'il faut renier toutes techniques spécifiques, incluant la communication d'un contenu théorique. D'ailleurs, les auteurs de l'article dont il est toujours question amènent la constatation suivante :

De tels résultats pourraient refléter le débat « techniques spécifiques versus relation thérapeutique » sous l'angle suivant. Pour le traitement des difficultés les moins sévères, l'influence des habiletés interpersonnelles contribuant à la relation thérapeutique serait suffisante. Dans le cas des troubles les plus sévères, l'utilisation de techniques spécifiques s'imposerait, mais combinées à la relation. (Lecomte, Drouin, Savard, Guillon, 2004, p.79).

La thérapie de groupe dont il est question dans cet essai est destinée à un trouble dit sévère. Cependant, il faut se questionner sur la façon d'utiliser ces techniques spécifiques et sur la façon de communiquer le contenu théorique aux participants. Toujours à l'intérieur du même article, les résultats d'une recherche effectuée par Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, et Hayes (1996) où il était, à prime abord, question de comparer la thérapie cognitive avec une thérapie cognitive combinée à la médication pour le traitement de la dépression, suggèrent deux choses. Premièrement, ceux-ci affirment que les psychothérapeutes qui ont facilité la qualité de l'alliance thérapeutique et l'engagement émotif du client dans l'application de la thérapie cognitive ont obtenu des progrès thérapeutiques. Deuxièmement, ils ajoutent que les psychothérapeutes qui n'ont pas su négocier l'alliance thérapeutique et l'engagement émotionnel du client et qui se sont limités à l'application rigoureuse et rigide de la thérapie cognitive ont obtenu des résultats nettement inférieurs, voire négatifs (Lecomte, Drouin, Savard, & Guillon, 2004). Il s'agirait donc de faire preuve de flexibilité dans l'application des techniques spécifiques afin de tenir compte de ce qui se déroule à l'intérieur du groupe, incluant

tout ce qui est d'aspect relationnel. Il s'agirait donc, oui, de maîtriser des théories et des techniques, mais de savoir les utiliser sans rigidité, étant toujours prêt à les adapter afin de favoriser la rencontre et le processus de changement thérapeutique.

Il est important d'établir un programme spécifique pour venir en aide aux individus ayant une problématique spécifique, spécialement lorsque celle-ci est dite sévère. Par contre, nous croyons, tout au moins sur la foi des dix premières rencontres de groupe, que l'unique application de ce programme, comme moyen d'intervention, n'est pas suffisante pour amener des changements thérapeutiques significatifs. Comme nous l'avons dit, il ne faut pas négliger la variable de la relation thérapeutique pour augmenter l'efficacité d'une thérapie. Nous émettons donc l'hypothèse que les effets positifs, qu'amène la thérapie de groupe sur les participants faisant partie de cette étude, proviendraient principalement de ce qui se déroule au niveau relationnel à l'intérieur du groupe et ce, surtout si on pense que le contenu théorique n'est pas bien compris de la part de ces derniers. Nous pouvons croire que si l'accent était davantage porté à ce niveau, surtout en début de groupe (au cours des premières rencontres), l'efficacité de la thérapie n'en serait qu'augmentée. De plus, il est important d'ajouter que les concepts de « phénomène de groupe » et de « relation thérapeutique » sont indépendants de l'approche thérapeutique à laquelle nous adhérons. Selon nous, nous croyons qu'il est possible d'utiliser davantage le groupe, ainsi que ce qui se déroule au niveau relationnel à l'intérieur de celui-ci, pour parvenir à atteindre les objectifs du programme et ce, sans que cela nous éloigne de notre courant théorique.

En résumé, rappelons, tout d'abord, que les premières rencontres de groupe du programme semblent extrêmement importantes, car dans un premier temps, elles « donnent le ton » à l'ensemble des interventions et, dans un deuxième temps, elles représenteraient la période idéale pour établir une alliance thérapeutique (Gros-Louis, 2003). Nous croyons donc que lorsqu'on applique un programme spécifique comme celui dont il est question pour cet essai, nous devrions accorder une importance particulière à l'établissement de cette alliance. De plus, si la décision est prise de former des groupes thérapeutiques semi-ouverts, il serait important de s'assurer que lorsqu'un nouveau membre se joint au groupe, qu'on prenne le temps nécessaire pour établir l'alliance et pour développer un sentiment d'appartenance au groupe chez celui-ci afin d'augmenter les chances que ce dernier demeure dans le groupe. Car rappelons que le « noyau » du groupe, c'est-à-dire les participants ayant été présents à au moins sept rencontres sur dix, a été formé dès la première rencontre, sauf en ce qui concerne un individu qui s'est joint au groupe dès la deuxième rencontre. Cela signifie donc, dans les faits, que d'avoir un groupe semi-ouvert n'a rien apporté ici et a peut-être nui au cheminement du groupe.

De plus, les participants les plus jeunes ne restent pas dans le programme. Selon la théorie de Prochaska et DiClemente (1982), qui définit plusieurs stades qu'un individu traverse lorsqu'il est en processus de changement, le premier stade se nomme la

Précontemplation et cela signifie que la personne ne considère pas vraiment avoir une problématique. Nous pouvons amener l'hypothèse que ces jeunes participants se retrouvaient à l'intérieur de ce stade et que s'ils se sont présentés quelques fois dans le groupe, c'était probablement suite à des pressions extérieures (par exemple, venant du médecin). Sachant cela, nous croyons qu'il serait peut-être bien de considérer ces stades, se retrouvant dans la théorie de Prochaska et DiClemente (1982), dans l'évaluation de la clientèle candidate au programme, avant le commencement de celui-ci, et d'en tenir compte dans la manière d'intervenir.

En troisième lieu, nous sommes d'accord avec le fait que la transmission d'un contenu théorique, comme technique spécifique, peut être important, surtout si nous considérons la sévérité de la clientèle (Lecomte, Drouin, Savard, & Guillon, 2004). Par contre, nous croyons qu'en modifiant la façon de transmettre ce contenu aux participants du groupe, nous obtiendrions davantage de succès thérapeutique. Il s'agirait, dans un premier temps, de savoir négocier l'alliance thérapeutique et l'engagement émotionnel de chaque participant à l'intérieur de l'application de la technique spécifique. Nous parlons ici de souplesse dans l'application de la technique afin de tenir compte de ce qui se déroule à l'intérieur du groupe. Dans un deuxième temps, il s'agirait de favoriser un climat où il est possible de s'assurer que les participants ont bien compris ce qui leur est transmis, quitte à ajuster le vocabulaire utilisé. Nous sommes conscients qu'en agissant de cette manière, il faudrait peut-être diminuer la quantité de contenu à transmettre afin de prendre le temps nécessaire pour bien expliquer chaque concept. Cependant, de cette

façon, nous pourrions nous assurer que les participants comprennent bien le contenu théorique qui leur est communiqué.

Finalement, que l'on tienne compte ou non de la relation thérapeutique qui existe entre les thérapeutes et les participants, mais également entre les participants eux-mêmes (nous incluons ici les caractéristiques propres aux thérapeutes et aux participants), notons que celle-ci est bien présente et qu'elle peut avoir une grande influence sur l'efficacité de la thérapie. Nous croyons donc qu'en travaillant davantage sur la qualité de cette relation, nous augmentons de beaucoup nos chances d'être efficaces au niveau thérapeutique.

Conclusion

L'objectif général de cet essai était d'évaluer une partie du programme spécialisé pour clientèle avec un trouble de personnalité limite du CHCM afin d'avoir un aperçu de son efficacité dans la réalité. Ce projet se concentrait uniquement sur les thérapies de groupe offertes dans le programme, plus spécifiquement sur un groupe débutant la première année, et ce durant dix rencontres. Pour ce faire, trois méthodes ont été utilisées et la première consistait à effectuer de l'observation directe à l'intérieur du groupe. Suite à cela, un questionnaire était destiné aux participants afin de recueillir leur point de vue. Finalement, il a été question de rencontrer les intervenants afin d'avoir leur opinion sur la façon dont la thérapie de groupe fonctionne.

Cet essai comprenait cinq chapitres. Un premier concernait le développement du programme et il était plus spécifiquement question de l'historique de celui-ci ainsi que du modèle d'intervention utilisé. Le deuxième chapitre était consacré à l'application du programme en tant que tel. Il a ensuite été question des méthodes utilisées en ce qui a trait à l'évaluation du groupe. Un quatrième chapitre a été consacré aux résultats découlant des trois méthodes d'évaluation utilisées et finalement, le dernier chapitre concernait des réflexions faites à partir de ces résultats.

Le programme semble très bien construit en général. Le fait qu'il dure trois ans assure aux patients une aide psychologique à long terme. De plus, la consultation

téléphonique qui est offerte en cas de crise peut avoir un effet rassurant pour les participants sachant ainsi qu'ils recevront de l'aide, même s'ils n'ont pas de rendez-vous prévu. Le fait que le programme comprenne de l'intervention de groupe ainsi que de la thérapie individuelle amène de la richesse à celui-ci et de la diversité dans le traitement. Ces deux méthodes d'intervention possèdent chacune leurs avantages, au niveau thérapeutique, qu'il faut pouvoir utiliser en complémentarité. De plus, ce programme spécialisé suit la philosophie du groupe de travail de la Division 12 de l'APA qui privilégie des traitements spécifiques pour intervenir auprès de problématiques spécifiques. C'est cependant surtout à ce niveau que nos réflexions se sont portées, car comme Ingram, Hayes, et Scott (2000) l'affirment à l'intérieur de l'article de Lecomte, Drouin, Savard et Guillon (2004), ce genre de traitement laisserait de côté des variables considérées pourtant comme les plus fondamentales telles l'alliance ainsi que la relation thérapeutique, les caractéristiques du client et celles du psychothérapeute.

Donc, en ce qui concerne plus particulièrement la thérapie de groupe, étant donné que c'est à ce niveau que s'est concentré ce projet, les principales réflexions qui sont ressorties, suite au matériel obtenu découlant des trois méthodes d'évaluation utilisées, concernent la façon dont les plus jeunes participants ainsi que ceux qui adhèrent au programme après le commencement de celui-ci sont intégrés dans le groupe. En fait, nous nous questionnons à savoir si le temps nécessaire est pris pour créer une alliance thérapeutique avec ces personnes et cela afin de minimiser le taux d'abandon qui semble important de leur part. Ensuite, les réflexions s'orientent, en général, vers la

façon dont on utilise le phénomène de groupe ainsi que la relation thérapeutique qui apportent, selon nous, une richesse au niveau expérientiel. Le fait que plusieurs individus soit rassemblés afin d'accomplir un travail thérapeutique peut apporter du matériel, tant au niveau de ce qu'ils vivent qu'au niveau relationnel entre les participants et les thérapeutes. Nous croyons qu'il pourrait être pertinent de pousser notre réflexion dans ce sens. Pour ce faire, nous pouvons nous questionner à savoir s'il ne serait pas profitable d'exploiter davantage ce phénomène d'être en groupe (incluant tout ce qui se déroule au niveau relationnel) afin d'augmenter l'efficacité du programme, tant au niveau de la compréhension du contenu apporté aux participants qu'au niveau de la possibilité qu'il y ait des changements positifs chez ces individus. D'ailleurs, ces questionnements sont cohérents avec les réflexions de plusieurs chercheurs et psychothérapeutes concernant le débat : « techniques spécifiques versus relation thérapeutique » par rapport à l'efficacité d'une thérapie. Nous croyons également que cela peut se faire, peu importe la clientèle avec laquelle nous travaillons et peu importe l'approche thérapeutique à laquelle nous adhérons.

Finalement, il ne faut pas oublier que ces réflexions proviennent d'une évaluation qui concernait uniquement les dix premières rencontres d'un groupe débutant la première année du programme. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous sommes conscients que celui-ci dure trois ans et que nous n'en évaluons qu'une infime partie. C'est la raison pour laquelle nous croyons qu'une évaluation plus approfondie, portant sur les trois années du programme, pourrait être pertinente.

Références

- Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling* (5e éd.). Belmont : Brooks/Cole, Thomson Learning.
- Cousineau, P., & Young, J. E. (1996). Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas. *Santé mentale au québec*, 1, 87-105.
- Evertson, C., & Green, J.L. (1986). Observation as inquiry and method, in M.C. Wittrock. *Handbook of research on teaching*. New-York : Macmillan, 162-213.
- Foulkes, S.H., Kadis, A.L., Krasner, J.D., & Winick, C. (1971). *Guide du psychothérapeute de groupe*. Paris : Éditeurs Epi S.A.
- Gaudreau, L. (2001). *Évaluer pour évoluer : Les étapes d'une évaluation de programme ou de projet*. Québec : Les Éditions Logiques inc.
- Gros-Louis, Y. (2003, Septembre). Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : Les facteurs communs. *Psychologie québec*, 26-31.
- Hamel, S., & Larose, M. (2000). *Programme spécialisé pour clientèle avec un trouble de personnalité limite*. Document inédit, Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie.
- Horwitz, L. (1987). Indications for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51 (3), 248-260.
- Lecomte, C., Drouin, M.S., Savard, R., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Linehan, M.M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève : Editions Médecine & Hygiène, département livre.
- Macaskill, N.D. (1982). Therapeutic factors in group therapy with borderline patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32 (1), 61-73.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège, Bruxelles : Pierre Mardaga, éditeur.
- Powney, J., & Watts, M. (1987). *Interviewing in educational research*. London : Routledge et Kegan Paul.

- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276-287.
- Werner, O., & Schoepfle, G.M. (1987). Systematic fieldwork (Vol.1). *Foundations of ethnography and interviewing*. Newbury Park : Sage.
- Wong, N. (1980). Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients : Heterogenous versus homogenous groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 389-404.

Appendice A

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Le but de cet essai est d'évaluer l'efficacité du programme mis sur pied pour les personnes présentant un trouble de personnalité limite. Pour ce faire, j'observerai le comportement des différents membres du groupe pendant une période de dix rencontres. Par ailleurs, au terme de ces dix rencontres, chaque participant sera invité à répondre à un questionnaire semi-structuré d'auto-évaluation. (Lors de la présentation de mon projet d'essai aux participants, ceux-ci sont invités à me poser toutes les questions qu'ils jugent à propos.)

En tant que participant au groupe dans le cadre du programme spécialisé pour trouble de personnalité limite et après avoir été informé du projet d'essai de Marie-Lyne Dontigny, interne en psychologie, ainsi que des procédures le concernant, j'accepte d'être observé en tant que participant au groupe. De ce fait, j'ai conscience que mon identité ne sera jamais divulguée dans le cadre de cet essai protégeant ainsi mon anonymat.

Signature :

Date :

En tant qu'étudiante au doctorat intervention en psychologie, je m'engage à respecter scrupuleusement toutes les règles de confidentialité et d'éthique professionnelle qui se rattachent à ce type d'activité. Je ferai ainsi tout ce qui est nécessaire pour préserver l'anonymat du participant ainsi que toutes informations qui pourraient lui porter préjudice.

Signature :

Date :

Appendice B
Questionnaire aux participants

Questionnaire d'auto-évaluation pour les participants

Après les 10 premières rencontres de groupe, où je me situe par rapport :

1- À une meilleure connaissance de soi :

s'est beaucoup améliorée

s'est moyennement améliorée

ne s'est pas améliorée

☐☐☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

2- À mon niveau de fonctionnement en général :

s'est beaucoup amélioré

s'est moyennement amélioré

ne s'est pas amélioré

☐☐☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

3- À l'analyse, la compréhension, et la modification de mes réactions impulsives :

s'est beaucoup améliorée

s'est moyennement améliorée

ne s'est pas améliorée

☐
☐
☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

4- Au développement de stratégies pour mieux gérer mes émotions :

s'est beaucoup amélioré

s'est moyennement amélioré

ne s'est pas amélioré

☐
☐
☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

5- Au développement de relations personnelles plus harmonieuses :

s'est beaucoup amélioré

s'est moyennement amélioré

ne s'est pas amélioré

☐
☐
☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

6- À l'amélioration de ma qualité de vie :

s'est beaucoup amélioré

s'est moyennement amélioré

ne s'est pas amélioré

☐
☐
☐

Spécifications et/ou commentaires à apporter :

Après les 10 premières rencontres de groupe, j'ai appris :

1- Ce qu'est le trouble de personnalité limite, les manifestations et les causes :

tout à fait d'accord

assez en accord

assez en désaccord

tout à fait en désaccord

☐
☐
☐
☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

2- L'étiologie du trouble de personnalité limite, plus spécifiquement les facteurs biologiques et psychologiques (expériences dans l'enfance) :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

3- Ce qu'est la vulnérabilité émotionnelle :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

4- Au niveau de la centration, ce qu'est l'esprit rationnel, l'esprit émotionnel, et l'esprit sage :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

5- Ce qu'est le clivage :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

6- Ce qu'est un mécanisme de défense et à en identifier plusieurs :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

7- Ce qu'est la pensée (souvent automatique) qui précède une émotion et comment travailler sur cette pensée :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

8- Ce qu'est une distorsion cognitive :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

9- Ce que sont la généralisation et la personnalisation (sortes de distorsions cognitives) :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

En quelques lignes, écrivez ce que vous avez retenu à ce sujet :

Après les 10 premières rencontres de groupe, qu'ai-je à dire sur les affirmations suivantes :

- 1- Le fait d'être dans un groupe réunissant des individus présentant la même problématique que moi me permet de me comparer aux autres et de me rassurer en me reconnaissant chez les autres, confirmant ainsi que je ne suis pas seul :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

Commentaires à apporter :

2- Il arrive que d'autres participants me révèlent leur façon de réagir dans une situation et que cela me donne des trucs sur comment réagir, de façon plus adéquate, dans cette même situation :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

Commentaires à apporter :

3- Le fait que le groupe soit semi-ouvert diminue le lien de confiance à l'intérieur du groupe, ce qui fait qu'il est plus difficile pour moi de me confier :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

Commentaires à apporter :

4- Je me sens écouté dans le groupe. Je sais que je peux parler de choses difficiles pour moi et que je serai reçu par les participants et par les intervenants :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

Commentaires à apporter :

5- Il est parfois difficile pour moi de comprendre la théorie donnée par les intervenants et de l'appliquer à ma vie personnelle :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐☐☐☐

Commentaires à apporter :

6- J'ai parfois envie de parler de ce que je vis, mais je me retiens parce qu'il y a de la théorie à donner :

tout à fait d'accord assez en accord assez en désaccord tout à fait en désaccord

☐

1

Commentaires à apporter :

--

Appendice C

Questions de l'entrevue avec les intervenants

Entrevue avec les intervenants

- 1) Comment évaluez-vous le groupe, après dix rencontres, en regard des objectifs généraux?
- 2) Est-ce qu'il y a une place pour une théorie du développement à l'intérieur du programme (sous-jacente aux apprentissages qu'il est possible de faire)?
- 3) Quel est votre opinion, votre rationnel par rapport à l'importance de communiquer du contenu théorique aux participants plutôt que de demeurer dans le « ici et maintenant » dans le groupe? En d'autres mots, pourquoi demeurer dans une méthode éducationnelle, à la manière de cours magistraux, plutôt que d'utiliser ce qui se déroule à l'intérieur du groupe pour communiquer le contenu théorique?
- 4) Avez-vous quelque chose à ajouter par rapport à la façon dont le contenu théorique est communiqué dans le groupe? (Car on s'aperçoit que les participants ont de la difficulté à comprendre le contenu apporté.)
- 5) Pourquoi le groupe est-il semi-ouvert?

- 6) Ressentez-vous un besoin de parler, venant des participants, qui serait plus important que chez les participants étant à la deuxième et troisième année du programme?
- 7) Avez-vous d'autres commentaires à ajouter?

Appendice D

Copie du certificat d'éthique

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:

Le Comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **Observation de l'écart entre le Programme théorique spécialisé pour personnes ayant un trouble de personnalité limite sévère et l'application de celui-ci dans un groupe d'individus ayant ce trouble et débutant la première année du Programme**

chercheur: **DONTIGNY, Marie-Lyne, étudiante au Département de psychologie**

organisme: **Aucun**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 20 décembre 2004 au 20 avril 2005**

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le Comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

GEORGES MASSÉ
Président du comité

FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

Certificat émis le 20 décembre 2004
CER-04-93-06.05
DÉCSR